

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 136

---

Travail de la Clinique Gynécologique  
de Monsieur le Professeur Villard

---

De l'hystérectomie élargie  
dans le  
traitement du cancer du col utérin  
Technique de Monsieur le Professeur Villard  
(Statistique post-opératoire et résultats éloignés)

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenne publiquement le 6 Mars 1931*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Lucien DESPLANCHE**

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon*

Né le 31 Juillet 1905 à CORMORANCHE-sur-SAONE (Ain)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

---

1931



**DE L'HYSTÉRECTOMIE ÉLARGIE  
DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL UTÉRIN**



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 136

---

Travail de la Clinique Gynécologique  
de Monsieur le Professeur Villard

**De l'hystérectomie élargie**  
dans le  
**traitement du cancer du col utérin**  
**Technique de Monsieur le Professeur Villard**  
(Statistique post-opératoire et résultats éloignés)

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 6 Mars 1931*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Lucien DESPLANCHE**

*Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon*

Né le 31 Juillet 1905 à CORMORANCHE-sur-SAONE (Ain)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

---

1931

# PERSONNEL DE LA FACULTE

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| Doyen-honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE    |
| Assesseur .....       | M. ROLLET       |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

## PROFESSEURS

|                                                           |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales .....                                 | MM PIC         |
| Cliniques chirurgicales .....                             | PAVIOT         |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              | TIXIER         |
| Clinique ophtalmologique .....                            | BERARD         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....     | VORON          |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              | ROLLET         |
| Clinique des maladies des enfants .....                   | NICOLAS        |
| Clinique des maladies des femmes .....                    | LEPINE (J.)    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                   | MOURIQUAND     |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....           | VILLARD        |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....      | COLLET         |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   | GAYET          |
| Chimie biologique et médicale .....                       | NOVE-JOSSERAND |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     | CLUZET         |
| Matière médicale et Botanique .....                       | FLORENCE       |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        | MOREL          |
| Anatomie .....                                            | BRETIN         |
| Histologie .....                                          | GUIART         |
| Physiologie .....                                         | LATARJET       |
| Pathologie externe .....                                  | POLICARD       |
| Pathologie interne .....                                  | DOYON          |
| Pathologie et Thérapeutique générales .....               | VALLAS         |
| Anatomie pathologique .....                               | FROMENT        |
| Chirurgie opératoire .....                                | CADE           |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..... | FAVRE          |
| Médecine légale .....                                     | PATEL          |
| Hygiène .....                                             | ARLOING (F.)   |
| Thérapeutique .....                                       | Etienne MARTIN |
| Pharmacologie .....                                       | COURMONT (P.)  |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....            | SAVY           |
|                                                           | LEULIER        |
|                                                           | PIERY          |

## PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie ..... CONDAMIN

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                      |                     |
|------------------------------------------------------|---------------------|
| Anatomie topographique .....                         | MM. THEVENOT (Léon) |
| Puériculture et hygiène de la première enfance ..... | RHENTER             |
| Chirurgie expérimentale .....                        | TAVERNIER           |
| Applications du radium .....                         | NOGIER              |
| Stomatologie .....                                   | TELLIER             |

## AGREGES

|                 |                  |                 |             |
|-----------------|------------------|-----------------|-------------|
| MM.             | MM.              | MM.             | MM.         |
| NOGIER          | CHALIER (Joseph) | MARTIN (Joseph) | CHAMBRON    |
| ROCHAIX         | NOEL             | ROCHET (Ph.)    | CIBERT      |
| RHENTER         | DUMAS            | WERTHEIMER      | EPARVIER    |
| MAZEL           | DUFOURT          | GATE            | GUILLEMINET |
| SANTY           | DEVIC            | BERNHEIM        | MORENAS     |
| CHALIER (André) | GABRIELLE        | DECHAUME        | ROCHE       |
|                 | MANCEAU          | POLLOSSON       | REBATTU ch. |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président ; THÉVENOT Léon, assesseur ;  
CIBERT et EPARVIER, agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*



A MA GRAND'-MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VILLARD

*Professeur de Clinique gynécologique  
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée, alors que nous étions son externe, et pour les enseignements précieux qu'il nous a donnés. Nous le prions d'agréer ici notre très vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce très important sujet de thèse, pour lequel nous lui demandons toute son indulgence.

A MON COUSIN, LE DOCTEUR R. LABRY

*Ex-Chef de Clinique gynécologique*

Nous avons largement abusé de la complaisance avec laquelle il nous a prodigué ses conseils autorisés. Il a contribué dans une large part à l'élaboration de ce travail. Nous lui devons nos plus vifs remerciements et l'assurons de toute notre affection.

*A mes Maîtres dans les Hôpitaux :*

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET ;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD ;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARIN ;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOURT ;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND ;  
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC.

A MES JUGES



## DE L'HYSTÉRECTOMIE ÉLARGIE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL UTÉRIN

---

### Introduction

---

Alors que nous terminions nos études, nous avons eu l'honneur d'être pendant un semestre externe à la Clinique gynécologique de Lyon. C'est là soit au cours des consultations, soit lorsque nous rédigeons des observations, que nous avons pu nous rendre compte personnellement de la quantité relative des malades atteintes du cancer du col utérin, qui malheureusement se présentaient trop tard, alors qu'une extension pelvienne déjà considérable rendait vaine toute intervention thérapeutique. Très souvent nous avons entendu notre maître, Monsieur le Professeur Villard, déplorer qu'une femme âgée ait négligé ce symptôme si capital qu'est la métrorragie du néoplasme. Souvent aussi, nous avons pu, à la salle d'opérations, voir M. le Professeur Villard, avec une technique rigoureusement précise et personnelle faire un « Wertheim », alors que les lésions anatomiques le permettaient encore et sous les regards admiratifs d'autres chirurgiens. Nous avons pu également nous rendre compte avec quels soins ces opérées étaient suivies et revues aux consultations, où

étaient soigneusement notés tous les résultats éloignés bons ou mauvais.

Aussi nous remercions très vivement M. le Professeur Villard de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce travail, car nous savons que le sujet de notre thèse lui est cher. Et notre désir par suite est surtout d'exposer fidèlement la technique de l'hystérectomie élargie qui lui est personnelle et, d'autre part, d'en rechercher scrupuleusement les résultats post-opératoires et éloignés. Le travail qui consiste à dépouiller des observations, à les analyser minutieusement et à réexaminer des malades opérées bien souvent très difficiles à retrouver, peut paraître une besogne ingrate, mais nous ne croyons pas qu'il soit inutile. Seule, dans ces conditions, une statistique honnête peut être établie et c'est par elle qu'une technique opératoire peut être justifiée.

Nos remerciements iront aussi à M. le Docteur R. Labry, ancien chef de Clinique gynécologique, qui nous avait précédé pour la recherche de ces résultats et qui a bien voulu nous aider dans la rédaction de notre thèse.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique

---

L'histoire de l'hystérectomie élargie dans le cancer du col utérin se divise en trois grandes périodes :

Dans la première, est posée l'indication de l'hystérectomie abdominale.

Au cours de la deuxième, apparaît la nécessité d'une intervention large, comprenant l'ablation du paramètre et la dissection des uretères.

Pendant la troisième, l'application de la curiethérapie semble pendant un premier temps supplanter complètement l'opération de « Wertheim », mais elle s'avère ensuite comme une méthode dont les applications doivent être judicieuses et particulières. Ainsi l'hystérectomie élargie reprend sa place et, en ce qui la concerne, le seul but à poursuivre apparaît désormais comme étant la perfection de son exécution.

Le 30 janvier 1878, Freund, à Strasbourg, enlève par voie abdominale l'utérus et les annexes dans un cas de cancer du col utérin. Cette intervention est

d'ailleurs suivie de succès, mais on l'abandonne rapidement à cause de la grande gravité qu'elle présente à cette époque. Devant la mortalité énorme, les chirurgiens, Czerny en particulier, en 1880, reviennent à l'hystérectomie vaginale préconisée par Récamier, en 1824. Les résultats immédiats sont bons, mais les suites éloignées restent médiocres.

Les élèves de Freund pourtant, Veit, Fritsch, Funke, Mackenrodt perfectionnent la technique. Des causes matérielles, telles que la généralisation du plan incliné, l'outillage aseptique, améliorent les conditions de l'hystérectomie abdominale en général et, vers 1895, la tendance est nettement en faveur de cette intervention.

En 1895, Riess, de Chicago, au Congrès de Francfort, donne la description d'une première hystérectomie élargie, conseillant d'enlever outre l'utérus et les annexes, les ganglions régionaux et une collerette vaginale suffisante. Cette intervention est exécutée par Clark, de Philadelphie.

Dès cette époque de très nombreux chirurgiens, tels que Kelly, Cullen, Peiser, Rumpf, Giordano, Terrier, Jonnesco, Bumm, marchaient en même temps dans la même voie.

Mais les travaux les plus importants furent incontestablement réalisés par Wertheim, de Vienne. Avec une inlassable patience dans ses examens histologiques, guidé par l'idée que le carcinome de l'utérus devait se propager comme celui des autres organes par les lymphatiques, il entreprend en 1897 une intervention hardie, qui consiste à enlever, après dissection des ure-

tères, l'utérus avec tout le tissu cellulaire du petit bassin, les ganglions lymphatiques en somme de faire un véritable évidemment pelvien.

A ce moment, le point important, l'écueil de la technique était la dissection des uretères. Pawlick et Kelly conseillaient de les sonder pour les mieux voir et mieux éviter leur blessure.

Les discussions soulevées furent extrêmement nombreuses, on en trouve l'écho dans les Congrès de ce temps :

— 1901 : Congrès de Giemsan : Mackenrodt soutient la méthode, mais adopte une incision transversale.

— 1902 : Congrès de Rome : la question est à l'ordre du jour. En particulier Jonnesco conseille la ligature préalable de l'artère hypogastrique et l'évidement lombo-ilio-pelvien.

— 1903 : Congrès de Wrisbourg.

— 1904 : Réunion des naturalistes et médecins allemands. Döderlein, Kustner, Kronig, von Franque et Martin en sont les principaux partisans.

— 1905 : Premier Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, à Bruxelles. Kocher fait l'éloge de la méthode de Wertheim.

Dès 1901, à Lyon, Auguste Pollosson appliquait cette intervention au traitement du cancer du col et de nombreux chirurgiens lyonnais le suivaient dans cette voie. A Paris, J.-L. Faure qui, depuis 1896, pratiquait l'hystérectomie abdominale, avait perfectionné sa technique. Il déclare que, à part quelques détails insignifiants, il opérait en 1902 à peu près comme Wertheim,

cependant il exécutait la ligature systématique des hypogastriques.

Ultérieurement de nombreuses statistiques, envisageant les résultats éloignés, vinrent confirmer les mérites de l'hystérectomie élargie.

Notamment :

— 1908 : II<sup>e</sup> Congrès de la Société internationale de Chirurgie, à Bruxelles. Communications de Wertheim, Jacobs, J.-L. Faure.

— 1909 : Auguste Pollosson : Réflexions sur 221 opérations de Wertheim.

— 1912 : Société américaine de Gynécologie, rapports de Clark, Cullen, Sampson.

— 1913 : Société de Chirurgie de Paris. J.-L. Faure apporte de nouveaux cas.

En somme, grâce à des résultats très satisfaisants, la méthode de Wertheim s'imposait.

Mais déjà la curiethérapie se ménageait une grande place. Dans l'enthousiasme que pouvait faire naître ce traitement non sanglant, facile, à résultats locaux immédiatement obtenus dans les cas désespérés, s'opposant à une intervention délicate, dont la mortalité était connue, souvent très difficile au point que, dans une boutade, un chirurgien lyonnais s'écriait : « L'hystérectomie élargie est une opération laborieuse qui, souvent répétée, abrège sûrement les jours du chirurgien, sans prolonger de beaucoup ceux de la malade », de nombreux auteurs semblaient rejeter le Wertheim. Voyons, en effet, en quelques mots les étapes franchies par la Radiumthérapie.

Ce n'est qu'en 1905 qu'Abbe, de New-York, put

signaler deux cas de cancer du col guéris par l'application de radium. A partir de 1906, Dominici, aidé de Beaudoin et Jaboin, mit au point les propriétés diverses des radiations du radium et jeta les bases de la curiethérapie.

Des statistiques furent publiées nombreuses et, en 1913, au Congrès de Halle, Dœderlein, Bumm, Kronig prétendaient qu'il était possible de substituer complètement le traitement curiethérapique au traitement chirurgical pour tous les cancers du col, y compris par conséquent les cas opérables.

En 1913, donc, les deux méthodes s'affrontaient et les partisans de l'une comme de l'autre apportaient des arguments de valeur. La guerre interrompit ces discussions jusqu'en 1920 environ. A ce moment de nombreux travaux parurent en faveur du radium. Nous ne songeons pas à seulement les énumérer.

Les principaux — statistiques portant sur des cas guéris depuis 4 à 5 ans et au delà — émanaient de Dœderlein, Schafer, Beuttner, Regaud, Weinbrenner, Franz.

A la Société de Chirurgie de Lyon, la séance du 27 janvier 1921 et les suivantes furent consacrées en partie à mettre au point cette question. On retrouvera, dans le *Lyon Chirurgical* de cette date, l'ensemble des discussions (Villard, Bérard, Condamin, Tixier, A. Laccassagne, Gouilloud...). Les conclusions indiquèrent que, s'il n'était pas encore possible de trancher, du moins l'application de radium n'était pas innocente, devait être réservée aux néoplasmes inopérables et que l'examen des résultats éloignés de la curie-

thérapie ne permettait pas de substituer actuellement le radium à l'exérèse chirurgicale dans les cas anatomiquement et cliniquement opérables.

En 1925, dans un article paru au *Lyon Médical*, le 15 février : « Comment doit-on concevoir actuellement le traitement du cancer du col de l'utérus ? », M. le Professeur Villard et son élève Michon opposent les statistiques de la curiethérapie (Dœderlein, J.-L. Faure, Hartmann, Klein, Bumm, Regaud, Clark, Bock, Kelly, Seitz, Beuttner, Proust) et de l'hystérectomie abdominale élargie (Wertheim, Pollosson, Villard, Albertin, Violet, J.-L. Faure, Bonney, Martzloff, Schweitzer, Giescke). Ils concluent : « Dans l'ensemble, les résultats chirurgicaux sont bien supérieurs à ceux de la curiethérapie, puisque le meilleur pourcentage donné par le radium (Seitz, 20,9 %) est inférieur au pire du traitement chirurgical (Martzloff, 26,6 %) ».

Pour eux, les indications respectives de ces deux modes de traitement sont :

1° Tout cas de néoplasme du col, dont les limites peuvent être dépassées par l'exérèse chirurgicale, doit être opéré ;

2° Dans les néoplasmes du col, dont les limites ne peuvent être facilement dépassées par l'exérèse chirurgicale, la curiethérapie doit être employée et préférée à toutes les autres méthodes de traitement.

Depuis 1925, malgré certains auteurs qui persistent à préconiser le radium, dans la majorité des cas, devant les résultats bien moins séduisants qu'ils paraissaient l'être de prime abord, devant la difficulté fréquente maintenant de faire accepter aux malades la curie-

thérapie, les indications du radium ont été considérablement limitées. Il est surtout employé en association avec le traitement chirurgical et naturellement dans les cas inopérables.

La tendance actuelle confirme les conclusions précédentes et de nombreuses publications et statistiques remettent en honneur l'opération de Wertheim. Aussi les chirurgiens cherchent-ils, plus que jamais, à perfectionner leur technique, à en améliorer tous les détails et à préciser plus exactement les indications de l'hystérectomie élargie.

---



## CHAPITRE II

---

### **Hystérectomie élargie dans le cancer du col utérin : Technique de M. le P<sup>r</sup> Villard**

---

Nous nous proposons, dans ce chapitre, d'exposer aussi clairement que possible la technique de M. le Professeur Villard, que nous avons vue employer fréquemment, alors qu'externe dans le service, nous terminions nos études.

A vrai dire, la technique de l'hystérectomie élargie est actuellement bien précisée et nous avons insisté à ce point de vue dans l'historique précédent. Mais dans une telle intervention, où tout détail technique, toute précaution opératoire, toute instrumentation nouvelle, permettent soit de gagner du temps, soit de simplifier une manœuvre, soit de demeurer plus aseptique, le moindre progrès technique correspond par suite à une amélioration des résultats. M. le Professeur Villard, notre maître, pratique depuis plus de vingt-cinq ans des hystérectomies élargies, mais peu à peu

il a réglé et perfectionné son mode opératoire et le but de notre thèse est justement de décrire cette technique, mise au point et d'en examiner les résultats immédiats et éloignés.

### Soins prè-opératoires

L'état général nécessite un examen clinique sérieux, afin de pouvoir apprécier la résistance organique de la malade. L'auscultation des poumons, du cœur, et l'examen du sang (degré d'anémie et recherche de la coagulabilité) sont à faire systématiquement. Les urines doivent toujours être examinées, on ne se contentera pas d'une simple recherche du sucre et de l'albumine, mais on notera la quantité d'urine éliminée en 24 heures, et au besoin un dosage d'urée sera pratiqué.

La malade est purgée sérieusement l'avant-veille de l'intervention et un lavement évacuateur lui est encore donné la veille même. La désinfection vaginale se fait systématiquement par de simples injections avec une solution faible antiseptique (liqueur de Labarraque, ou une solution de Tarnier) pendant les 6, 8 jours qui précèdent. Le jour de l'opération, aussitôt l'anesthésie obtenue, un écouvillonnage vaginal à l'éther complète la désinfection du vagin qui est ensuite bien asséché. M. le Professeur Villard s'en tient là, il n'emploie guère la curiethérapie préopératoire et trouve illusoire ou même dangereuses des manœuvres opératoires telles que la thermo-cautérisation,

l'application d'auto-vaccins locaux, le curettage ou l'abrasion du col cancéreux. Toutes ces interventions, faites sur le milieu septique représenté par le col, exposent à créer des portes d'entrée pouvant porter plus haut l'infection et, d'autre part, en admettant même que la désinfection du col soit possible, le pyomètre est toujours à redouter et, au cours des manœuvres, l'infection endo-utérine risque de venir à nouveau infecter le vagin, de sorte qu'il faut toujours considérer ce dernier comme septique : aussi verrons-nous, au moment de son ouverture, toutes les manœuvres opératoires dirigées en ce sens : réduire au minimum à ce moment les dangers d'infection. C'est ainsi que, dès le début de l'intervention, l'aspirateur muni de sa cloche est introduit dans le vagin pour jouer plus tard un rôle important.

L'anesthésie employée est de préférence l'anesthésie générale au Schleich : la rachianesthésie étant utilisée en cas de contre-indication pulmonaire, ou sur le désir formel de l'opérée. Cette question est fort discutée, si J.-L. Faure par exemple est également de cet avis, Forgues, par contre, prône la rachianesthésie. M. Villard estime qu'une anesthésie générale bien faite permet d'obtenir un silence abdominal aussi parfait qu'une anesthésie rachidienne ; savoir attendre ce dernier, ne pas affoler l'anesthésiste parce que la malade pousse ou vomit, sont les remarques essentielles à faire pour que tout aille bien. D'autre part, l'anesthésie peut être dosée, administrée progressivement, et ceci est important, puisqu'il s'agit souvent d'une malade ayant un état général précaire et difficilement appréciable ;

que de fois, au cours de ces interventions longues, l'anesthésiste a remarqué que, presque sans éther, en appliquant simplement le masque de temps en temps, toutes les dernières manœuvres opératoires s'accomplissaient ; ainsi ces malades affaiblies, à choc opératoire facile, obtiennent une anesthésie proportionnée à leur état. Par ailleurs, l'anesthésie générale évite les vomissements de la 20<sup>e</sup> minute et les plaintes ou gémissements de l'opérée sous rachianesthésie. Mais cette dernière reprend tous ses droits en cas de contre-indication pulmonaire.

### Intervention

*Elle est basée sur trois considérations essentielles :*

1° *Perdre le minimum de temps, aussi aller vite pour les manœuvres opératoires banales et réserver celui-ci pour la dissection urétérale ;*

2° *Faire une hémostase parfaite avant l'ouverture vaginale ;*

3° *Réduire au minimum le danger d'infection venue du vagin.*

Nous schématiserons les temps opératoires, en faisant de larges emprunts à l'exposé technique paru dans le *Lyon Chirurgical*, juillet 1930. (Technique de l'Hystérectomie élargie de M. le Professeur Villard, par R. Labry, chef de clinique.)

1<sup>er</sup> *Temps : Incision pariétale.* — L'opérateur se trouve placé à la gauche de la malade, qui est mise

en position de Trendelenburg maxima. Longue incision médiane de la symphyse pubienne à l'ombilic. Cette incision est préférée à celle de Pfannenstiël, car elle est plus rapidement réalisée, moins hémorragique, facilement agrandissable, et elle permet mieux un tamponnement à la Mikulicz, si la nécessité de celui-ci s'imposait, comme nous le verrons.

*2° Temps : Refoulement et blocage des anses intestinales.* — Avec des compresses de gaze, les anses intestinales et le mésocolon pelvien sont réclinés dans chaque fosse iliaque, et sur la ligne médiane au-dessus du détroit supérieur. Un champ de toile roulé est placé transversalement d'une fosse iliaque à l'autre. Il bloque ainsi les anses intestinales, qui n'apparaîtront plus pendant l'intervention, même si la malade pousse. La cavité pelvienne est vide, l'écarteur de Ricard fixe latéralement les compresses et contribue encore à les bloquer, l'exploration des organes pelviens est alors facile.

*3° Temps : Section du ligament large droit et découverte du paramètre droit.* — Le ligament large droit est saisi entre deux pinces fortes, légèrement courbées, au ras de ses attaches à la paroi pelvienne. L'extrémité des pinces affleure le ligament rond qui n'est pas saisi. Section du ligament entre les deux pinces. La section du ligament large est alors prolongée jusqu'à quelques centimètres du bord utérin et le feuillet antérieur est sectionné aux ciseaux dans toute l'étendue du cul-de-sac utéro-vésical. Quelques coups de

tampons refoulent en avant la lame péritonéale en découvrant la vessie. Le bout périphérique du ligament rond est alors ligaturé et fortement récliné en haut et

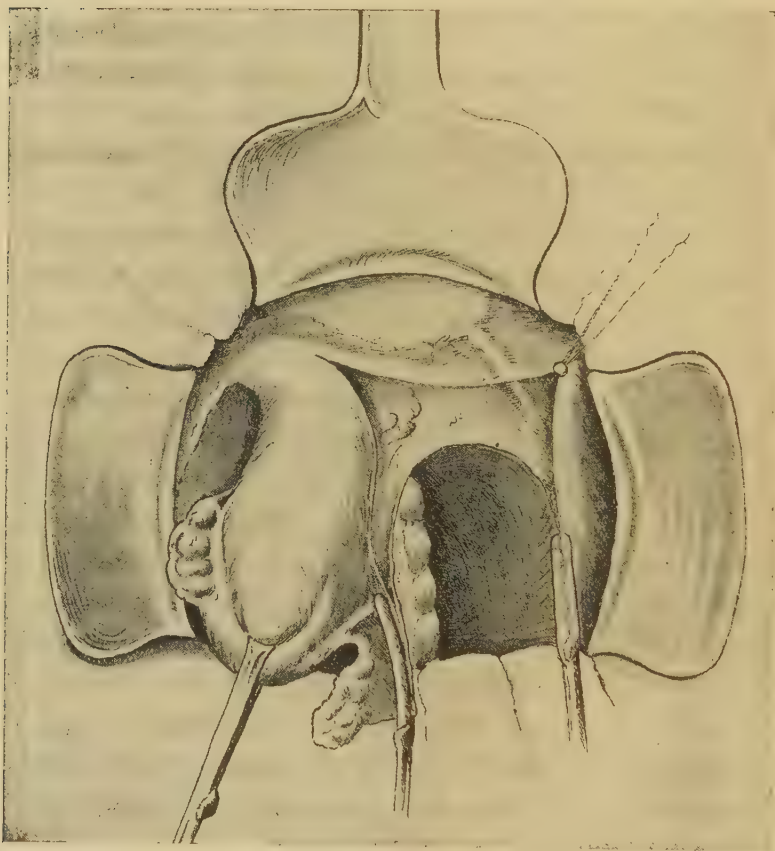


Fig. 1. — La section du ligament large est prolongée jusqu'à quelques centimètres du bord utérin et découvre largement tout le paramètre droit

en dehors, manœuvre qui commence à ouvrir l'espace sous-péritonéal. Cette ouverture est alors complétée par une incision du feuillet postérieur du ligament

large, faite au ras de la pince tirée en dehors : il devient alors facile de récliner en arrière et en bas tout le feuillet péritonéal et de poursuivre le décollement jusqu'en arrière de l'isthme utérin et jusqu'à la naissance des ligaments utéro-sacrés. Tout l'espace celluleux du ligament large est alors à découvert, et il va être facile d'en pratiquer l'ablation en ménageant l'uretère.

4° *Temps : Découverte et dissection de l'uretère droit. Ligature des vaisseaux utérins et ablation des ganglions.* — Le feuillet postérieur du ligament large étant attiré et tendu en arrière on découvre l'uretère dont on a déjà pu soupçonner la présence par transparence, accolé à la face profonde de ce feuillet. Le conduit est décollé avec précaution, on vérifie sa nature par la constatation de ses arborisations vasculaires et de ses contractions vermiculaires. M. Villard a coutume de placer alors, toujours au moyen d'une aiguille de Deschamp, sous ce conduit, et sans faire de nœud, un catgut tenu par une pince : ceci permet de ne plus perdre l'uretère et surtout de le soulever légèrement afin de pouvoir, par des tractions délicates et minimales, s'assurer exactement de son trajet, ce qui est très utile lors d'une dissection difficile en cas de paramètre particulièrement envahi. La dissection de l'uretère est alors poursuivie de haut en bas jusqu'à la rencontre du croisement des vaisseaux utérins, ceux-ci sont isolés et coupés entre deux pinces de J.-L. Faure, le plus en dehors possible au ras de la paroi pelvienne. Le bout central est immédiatement ligaturé pour dé-

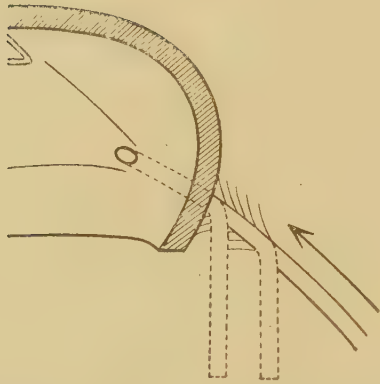


Fig 2. — La dissection doit suivre le bord externe de l'uretère pour éviter le danger vésical.

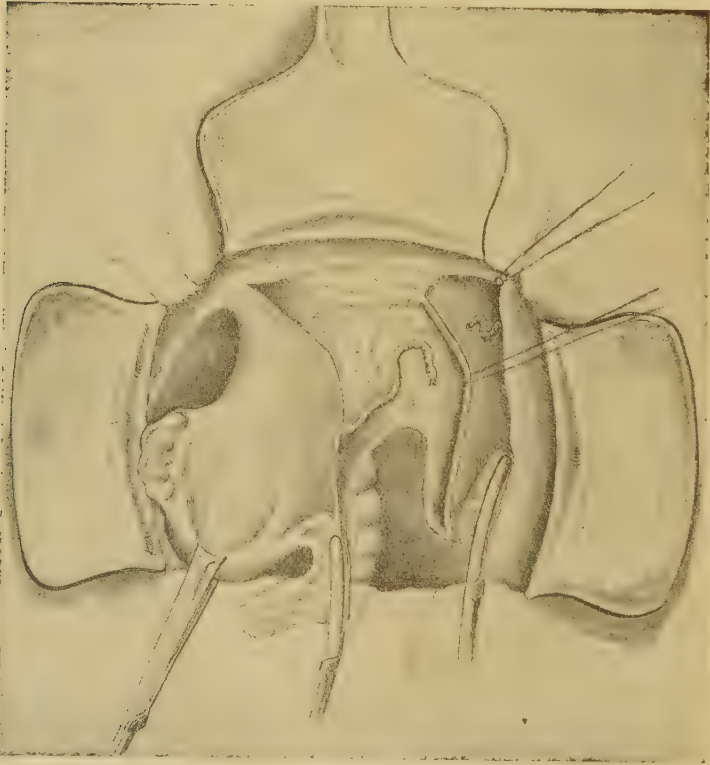


Fig. 3. — Dissection de l'uretère. Ligature des vaisseaux utérins et ablation des ganglions

barrasser le champ opératoire : le bout central est rabattu vers l'utérus, manœuvre qui découvre l'uretère et permet d'en continuer la dissection. Celle-ci est ainsi poursuivie jusqu'à la vessie très prudemment en dégageant le conduit de ses adhérences normales ou pathologiques et en réclinant fortement en avant les parties molles avec le grand écarteur de Pollosson. Une manœuvre, sur laquelle M. Villard insiste tout particulièrement, consiste à disséquer l'uretère en suivant toujours son bord externe et en ne poursuivant la libération en dedans qu'après vérification de la direction du canal par l'extérieur. C'est en effet brusquement que l'uretère se recourbe en dedans pour pénétrer dans la vessie, et une dissection trop rapide et trop brillante faite sur le bord interne peut, surprise par ce brusque virage, léser le canal. Le dégagement de l'uretère dans l'espace utéro-vésical doit être pratiqué avec beaucoup de prudence : lorsqu'il est terminé, le conduit urinaire flottant est doucement récliné en avant et en dehors par le grand écarteur de Pollosson, et l'espace cellulaire du ligament large est étalé dans toute son étendue. Il sera facile alors de poursuivre la recherche des ganglions, notamment les ganglions hypogastriques, et de libérer de dehors en dedans tout le tissu cellulaire qui doit être enlevé en bloc avec l'utérus dans les derniers temps de l'intervention.

*5° Temps : Section du ligament large gauche. Dissection de l'uretère, ligature des vaisseaux utérins gauches et ablation des ganglions.* — Les manœuvres sont conduites exactement à gauche comme elles l'ont été

à droite par pincement du ligament large, ligature isolée du ligament rond, ouverture de l'espace cellulaire, ligature des vaisseaux utérins et dissection de l'uretère. A noter cependant que, de ce côté, l'uretère est plus difficile à trouver, il apparaît plus profondément situé du fait de l'insertion du mésocôlon pelvien : la dissection est plus délicate et, en cas de difficulté, il peut être nécessaire de se placer temporairement sur le côté droit de l'opérée.

6° *Temps : Refoulement de la vessie et dissection de la paroi antérieure du vagin.* — Lorsque des deux côtés la dissection urétérale a été poussée jusqu'à l'implantation vésicale, il devient facile de refouler la vessie qui apparaît avec sa musculature sous forme d'un gros bourrelet : aux ciseaux et aux tampons ce repli vésical est repoussé en avant en découvrant la paroi antérieure du vagin : ce décollement doit être fait très bas, afin de permettre plus tard une application facile des pinces de Gouilloud.

7° *Temps : Section des paramètres.* — Le feuillet postérieur des ligaments larges, qui avait été rabattu en arrière pour permettre d'ouvrir les espaces cellulaires, est alors repris et sectionné en même temps que tout le tissu cellulaire du paramètre qui avait été libéré en bloc avec les ganglions jusqu'aux ligaments utéro-sacrés, la masse restant adhérente à l'utérus avec lequel elle doit être enlevée en masse.

8° *Temps : Section des ligaments utéro-sacrés.* — Les ligaments utéro-sacrés sont alors incisés aussi en

arrière que possible, et cette incision réunit les deux incisions des paramètres complétant ainsi l'incision circulaire libératrice de l'utérus. Une ligature sur les ligaments utéro-sacrés n'est pas toujours nécessaire. La section des ligaments utéro-sacrés s'accompagne immédiatement de l'ascension de l'utérus qui, retenu jusque-là dans la profondeur, va s'extérioriser dès lors facilement. Alors l'opérateur sent venir à lui l'utérus au fur et à mesure que la section ligamenteuse s'accomplit ; le vagin s'étire et son cylindre devient très accessible en arrière.

*9° Temps : Libération complète du cylindre vaginal.*

— Celle-ci doit être poussée très bas. Avec des ciseaux, prudemment, on libère les attaches vaginales, surtout latérales, et la libération est poursuivie successivement sur toutes les faces jusqu'à ce que l'on puisse sans difficulté pincer avec les doigts les parois vaginales au-dessous du col. Au cours de cette dissection, l'aspirateur qui a été placé dans le vagin peut rendre service. En faisant l'aspiration on voit les parois vaginales s'aplatir l'une contre l'autre et dessiner la saillie du col, ce qui permet de vérifier si la libération a été poussée : il est de toute importance au cours de celle-ci de ne pas perforer la paroi vaginale, manœuvre qui compromettrait le but de la technique, à savoir : la réduction au minimum des risques d'infection vaginale.

*10° Temps : Hémostase.* — Lorsque l'utérus ne tient plus que par le vagin, avant de sectionner celui-ci une

hémostase complète doit être faite et spécialement le long du cylindre vaginal. Toutes les pinces sont remplacées par des ligatures et on s'assure soigneusement que tout suintement hémorragique est tari : lorsque la ligature des vaisseaux utérins a été faite très en dehors, l'hémorragie est minime et M. Villard n'a jamais eu à regretter une ligature préventive de l'artère hypogastrique. L'assèchement étant alors bien complet la tumeur va être enlevée dans un temps très court en réalisant une ouverture du vagin aussi brève que possible.

11° *Temps : Section du vagin et ablation de la tumeur.* — Une large compresse est placée en arrière de l'utérus et du vagin au-devant du rectum. L'aspirateur est mis en marche : outre son rôle évacuateur certain (ainsi que le prouvent les produits aspirés), il dessine nettement le lieu où la section vaginale peut être faite. Une rainure transversale apparaît en effet entre la saillie formée par la cloche de l'aspirateur et celle du col néoplasique. C'est à ce niveau et le plus bas possible que sont placées sur le vagin deux grandes pinces spéciales coudées à angle droit. M. Villard a tout d'abord utilisé les pinces de M. Gouilloud, puis les a modifiées dans la suite car elles dérapaient facilement. Celles qu'il emploie actuellement sont coudées à angle droit et sont munies de petites pointes acérées qui empêchent tout glissement en embrochant les tissus. Le vagin, étant alors bien saisi, est coupé entre les deux pinces par un bistouri coudé à long manche. La tu-

meur est enlevée, ainsi en vase clos et une lame de thermocautère est passée sur la section vaginale périphérique.

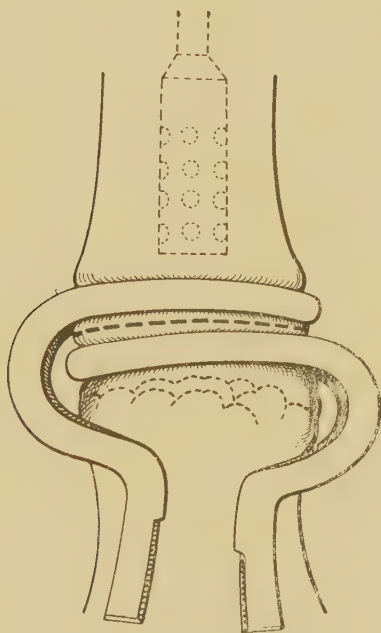


Fig. 4 — La section du vagin est pratiquée entre 2 pinces alors que l'aspirateur intravaginal est mis en marche

12<sup>e</sup> Temps : *Drainage pelvien et péritonisation haute.* — La compresse de sécurité étant toujours placée dans le fond du pelvis, on fait fonctionner l'aspirateur, le moignon vaginal s'aplatit et un aide lâche la pince de fermeture vaginale : 2 pinces de Museux rendent béante l'ouverture et refoulent la cloche de l'aspirateur toujours en fonction, l'extrémité d'une compresse de gaze faisant mèche est introduite dans le vagin alors que son autre extrémité est étalée dans le pelvis.

L'aspirateur est retiré et immédiatement le côlon pelvien est rabattu par-dessus la compresse pelvienne. Ce temps très court ne doit durer que quelques secondes, car il ne comporte pas de suture de la tranche de section vaginale. M. Villard considère, *en effet, cette suture comme inutile et dangereuse* : inutile parce qu'il n'a pas d'hémorragie à redouter si la dissection du vagin a été très poussée tous les vaisseaux ayant été ligaturés, et en fait, depuis 6 ans qu'il emploie cette technique, il n'a jamais observé le moindre incident hémorragique ; *dangereux*, car le temps de suture

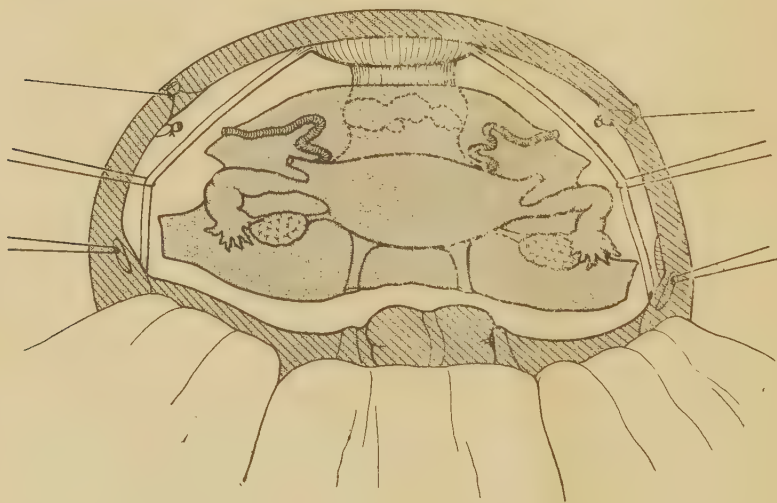


Fig. 5. — Vue schématique endopelvienne représentant l'étendue de l'exérèse

expose pendant plusieurs minutes à l'infection venue du vagin et il faut éviter celle-ci à tout prix.

Une péritonisation haute par un surjet au catgut rabat le côlon sigmoïde sur le péritoine vésical et le pelvis est ainsi complètement isolé du grand péritoine.

13° *Temps : Fermeture de la paroi, sans drainage.* —

En effet cet isolement étanche, le fait que le travail opératoire a été uniquement pelvien, l'absence de toute manœuvre au-dessus du détroit supérieur rendent, selon M. Villard, inutile le tamponnement de Mickulicz bien que, par ailleurs, il en reste partisan dans beaucoup de circonstances. En conséquence, les compresses qui maintenaient l'intestin sont retirées et la paroi abdominale est refermée sans drainage par une suture à trois plans.

### Soins post-opératoires

Ce sont ceux de toute laparotomie importante. Glace sur l'abdomen systématiquement pendant les 48 premières heures. Injections sous-cutanées de morphine et de toni-cardiaques au besoin. Goutte à goutte rectal de sérum physiologique suivant la méthode de Murphy s'il se produit une petite réaction péritonéale.

La mèche vaginale est enlevée en principe au 4<sup>e</sup> jour. Elle est légèrement imbibée de sang, mais en très petite quantité et son ablation n'offre aucune difficulté. Si aucun incident particulier ne se produit, le lever a lieu au 15<sup>e</sup> jour et la malade quitte l'hôpital quelques jours après.

Systématiquement, un traitement magnésien est formulé à l'opérée (une cuillerée à café de magnésie calcinée par jour, vingt jours par mois). Et l'opérée doit venir se présenter à la consultation de la clinique théoriquement tous les six mois, même si aucun incident n'apparaît.



### CHAPITRE III

---

#### Caractéristiques de cette technique et comparaison avec les autres procédés opératoires

---

Comme on a pu le voir d'après l'exposé de cette technique, l'idée principale qui la dicte consiste essentiellement *dans la réduction au minimum des chances d'infection péritonéale due à l'ouverture vaginale*.

C'est pour cette raison que toute la libération du bloc « utérus-vagin-paramètre » est entièrement pratiquée avant la section vaginale. Cette dernière a lieu dans un temps très court et avec de grandes précautions aseptiques (aspiration vaginale, pinces permettant l'ablation en vase clos).

Lorsqu'on étudie les techniques décrites par d'autres chirurgiens, nous pensons que la critique peut porter sur les quelques points suivants :

1° M. le Professeur Villard utilise toujours une péritonisation haute, en rabattant le mésocôlon pelvien, qui est suturé au péritoine vésical. En effet, dès le

début de l'intervention et pendant toute sa durée, toutes les manœuvres opératoires sont uniquement et absolument pelviennes grâce aux précautions prises. De sorte qu'une inoculation du péritoine sus-mésocolique n'est pas à redouter. Et en fait, parmi les décès que nous trouverons dans la statistique opératoire, il n'existe aucune mort par péritonite. Aussi M. Villard ne reconnaît au Mickulicz, qu'emploie et que préconise systématiquement J.-L. Faure, que des indications exceptionnelles, parce qu'il le juge inutile : « Je crois que le Mickulicz ne sera utile dans le Wertheim, que lorsque l'intervention aura été atypique (ouverture précoce du vagin, poussée d'anses grêles dans le pelvis). Mais chaque fois que l'opération aura été correcte, il sera inutile. (Société de Chirurgie de Lyon, 3 février 1927.) »

2° On a beaucoup incriminé la *cellulite pelvienne* comme facteur de mortalité post-opératoire, et l'on a préconisé récemment à ce sujet la suture du péritoine pelvien aux tranches vaginales, afin de recouvrir les zones cruentées par la dissection. M. Villard n'a eu aucun décès par cellulite pelvienne et condamne, d'autre part, formellement ce procédé ci-dessus. En effet, il apparaît même très dangereux en cas d'infection possible du tissu cellulaire, puisqu'il ne permet pas le drainage de ce dernier et il ne semble pas particulièrement utile en cas d'une fistule urétérale à déplorer.

3° Toute l'hémostase est méthodiquement et rigoureusement pratiquée avant la section vaginale. En poussant très loin la dissection et la libération du cylindre vaginal, l'hémostase de ce conduit réduit à une simple

membrane est entièrement faite. Des artérioles vaginales ont pu être ainsi liées au cours de cette dissection. Ceci explique que toute hémostase de la tranche vaginale, une fois le vagin sectionné, est absolument inutile. Elle serait d'ailleurs dangereuse et le but de la technique de M. Villard est de l'éviter.

4° La section du vagin et l'ablation de la pièce, seul temps septique de l'intervention, ne dure que quelques secondes. L'aspiration intra-vaginale qui la précède, l'hémostase préalable du vagin, l'introduction d'une mèche préparée aussitôt le vagin ouvert et l'ablation en vase clos de la pièce permettent cette rapidité d'exécution.

Tous ces détails caractérisent ainsi la technique de l'hystérectomie élargie utilisée par M. le Professeur Villard et les résultats que nous étudierons la justifient.

---



## CHAPITRE IV

---

### Etendue de l'exérèse chirurgicale. Les pièces opératoires

---

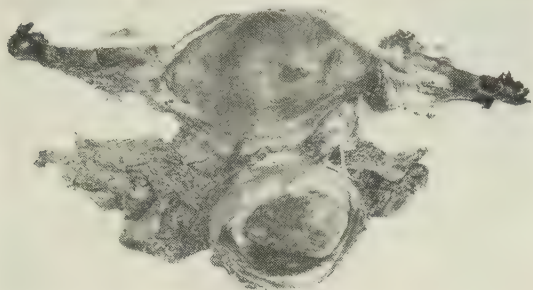
A la Clinique gynécologique de Lyon, M. le Professeur Villard a conservé ou fait photographier toutes les pièces opératoires obtenues par cette technique dans les cinq dernières années. On peut ainsi contrôler l'étendue de la dissection des paramètres, l'ablation de ganglions parfois très haut situés, qui accompagnaient le néoplasme, enfin l'importance de l'excision de la colerette vaginale, dépassant en bas largement l'envahissement néoplasique.

Anfin d'illustrer notre travail et pour schématiser ces résultats, nous publions ici neuf photographies prises au hasard dans cette collection.

---



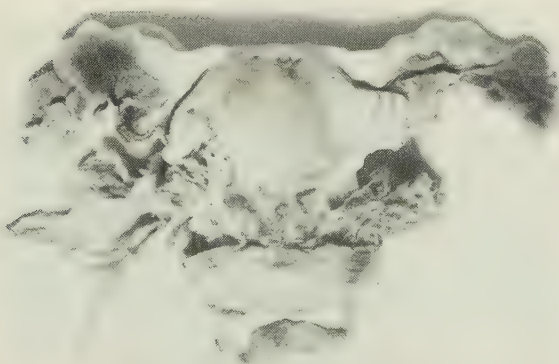
Les clichés 1, 2, 3, nous montrent particulièrement l'importance de la collerette vaginale, qui, sur les pièces est retroussée en arrière du col néoplasique et réalise presque une véritable colpectomie dans certains cas.



Cliché 1. — Madame L... Obs. 32  
Opérée le 30 Avril 1927

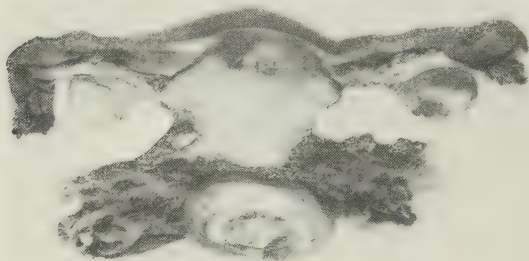


Cliché 2. — Madame G...  
Opérée le 23 Janvier 1928

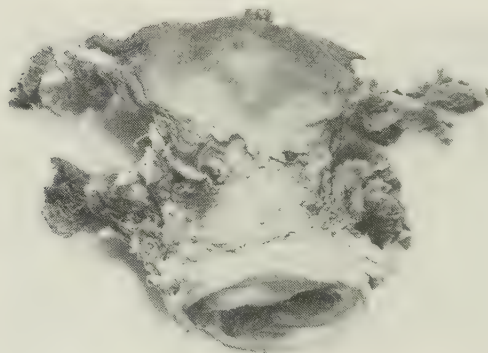


Cliché 3. — Madame G... née V... Obs. 50  
Opérée le 9 Janvier 1930

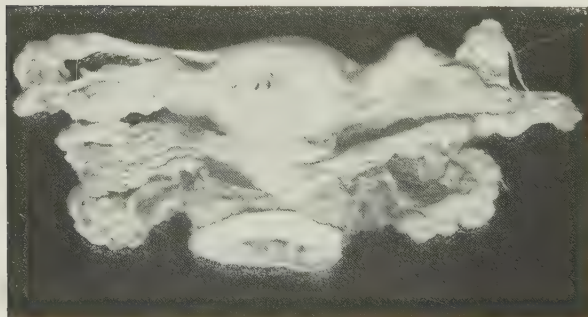
Sur les clichés 4, 5, 6, le paramètre enlevé est étalé mais non étiré.  
On voit ainsi l'étendue de la dissection.



Cliché 4. — Madame P... née B... Obs. 46  
Opérée le 6 Février 1929

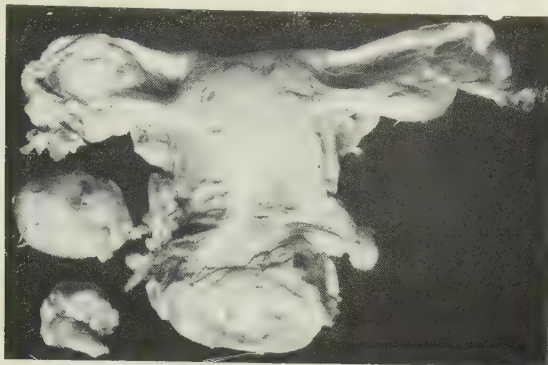


Cliché 5. — Madame P... née D... Obs. 49  
Opérée le 19 Novembre 1929

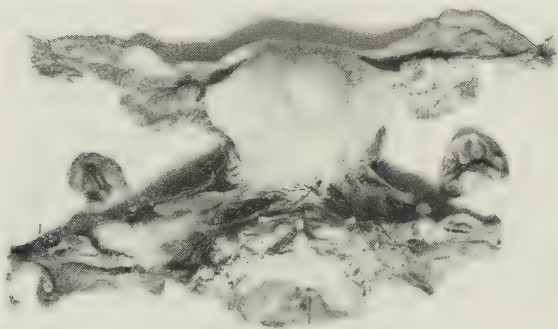


Cliché 6. — Madame P... née F...  
Opérée le 8 Février 1930

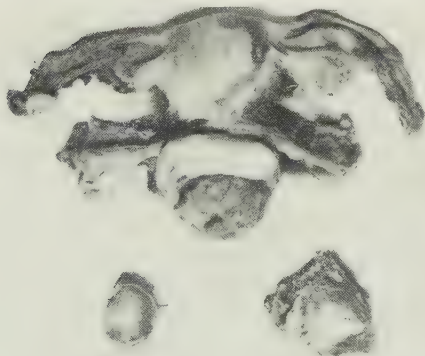
Sur les clichés 7, 8 et 9, enfin la constatation de ganglions volumineux enlevés en même temps que l'utérus néoplasique est démonstrative.



Cliché 7. — Madame L... née D... Obs. 43  
Opérée le 6 Octobre 1928



Cliché 8 — Madame P... née G... Obs. 42  
Opérée en Septembre 1928



Cliché 9. — Madame R. . née B... Obs. 47  
Opérée le 3 Octobre 1929



## CHAPITRE V

---

### Résultats post-opératoires

---

Dans l'ensemble cette technique a donné et donne à M. le Professeur Villard d'excellents résultats post-opératoires.

Les suites immédiates sont, la plupart du temps, très simples et sans doute même plus simples que dans beaucoup d'autres laparotomies gynécologiques.

Malgré la longueur de l'intervention, qui varie entre 45 minutes et une heure et demie, il existe très peu de choc opératoire.

La crise des gaz se fait en général normalement entre le deuxième et le troisième jour, parfois elle est un peu retardée jusqu'à l'ablation de la mèche (quatrième jour).

La température, les jours qui suivent l'opération, est modérée. Bien des courbes de température que nous avons revues n'atteignaient pas 38°.

D'une façon générale les suites opératoires sont donc peu inquiétantes et cette affirmation est celle des Sœurs

Hospitalières de la Clinique Gynécologique, qui ne redoutent pas particulièrement les « Wertheim ».

Au point de vue urinaire, les mictions post-opératoires ne présentent, le plus souvent, rien de particulier. Nous n'avons eu à déplorer que deux fistules urérales, dont l'une ne fut que passagère.

La statistique des hystérectomies élargies, pratiquées par M. le Professeur Villard ou ses assistants à la clinique, donne les chiffres suivants :

Sur 70 cas opérés, 5 décès post-pératoires :

— 2 morts par embolie ;

— 1 mort subite, le lendemain de l'intervention, chez une basedowienne ;

— 1 mort par phlegmon érysipélateux de la cuisse au 15<sup>e</sup> jour, consécutif à une injection hypodermique infectée ;

— 1 mort par broncho-pneumonie.

Cette statistique nous donne donc une mortalité post-opératoire de **7,14** %.

Ce chiffre nous apparaît très satisfaisant, d'autant plus qu'étant donné les cas accidentels (phlegmon érysipélateux de la cuisse) dont nous tenons compte néanmoins, il pourrait être encore amélioré.

Enfin et bien qu'en aucun cas le Mickulicz n'ait été employé, il est à remarquer qu'aucune mort par péritonite consécutive ne s'est produite.

Nous pouvons donc déduire de ces résultats post-opératoires que l'hystérectomie élargie, suivant la technique de M. le Professeur Villard, est une intervention en somme bénigne.

## CHAPITRE VI

---

### Observations et suites éloignées

---

Afin de permettre l'estimation exacte de la valeur d'une technique chirurgicale, une analyse méthodique des résultats éloignés doit être entreprise. Pour cela une statistique rigoureuse et exempte de toute critique possible doit être établie : aussi est-ce dans ce but que nous n'avons rassemblé ici que des résultats contrôlés selon les principes suivants :

1° Nous n'avons pas recueilli les observations de notre maître antérieures à 1923, car, bien que celui-ci pratiquât depuis de nombreuses années des hystérectomies pour cancer du col, qui nous aurait donné des succès réconfortants (nous connaissons plusieurs guérisons datant de plus de dix ans), du moins la technique méthodique que nous avons décrite n'était pas, avant cette date, aussi régulièrement employée et nous préférons par suite ne rapporter ici que les résultats obtenus par cette méthode précise.

2° Nous n'avons colligé que les observations ayant un examen histologique précis, afin qu'il ne subsiste aucun doute au point de vue néoplasique et aussi afin d'essayer de constater si de l'examen histologique des conclusions pronostiques pouvaient être tirées.

3° Nous n'avons tenu compte que des cas inattaquables, soit que nous ayons pu revoir et examiner de nouveau les malades opérées, soit que nous ayons appris leur décès ; dans le doute pour quelques-unes d'entre elles, nous avons préféré admettre un décès dû à la récurrence du néoplasme, bien que nous n'en ayons pas eu la certitude et que peut-être une affection intercurrente ait été en cause.

4° Enfin nous n'avons pas fait figurer dans notre statistique les malades opérées ayant quitté la région et que nous n'avons pu retrouver, quoique nous ayons su par des voisins ou des parents que certaines de ces malades fussent encore vivantes à l'heure actuelle.

Ces considérations ont, par suite, réduit le nombre de nos résultats éloignés, mais nous pensons ainsi, et sans parti-pris, que la statistique que nous publions est rigoureusement honnête et comporte des renseignements intéressants (malades revues, examen histologique précis).

Après l'exposé du résumé des observations, nous essaierons de sérier les cas, d'en dégager des chiffres concernant la mortalité et la morbidité éloignée, puis de comparer nos résultats avec ceux des autres statistiques publiées par les auteurs; enfin nous envisagerons si un pronostic post-opératoire peut être précisé.

## OBSERVATION I

*Hystérectomie élargie. — Récidive constatée un an et six mois après l'intervention.*

Mme N..., 45 ans (environ).

*Toucher vaginal.* — Large ulcération néoplasique du col, envahissement discret du paramètre.

*Intervention* le 23 juin 1923 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle.

*Examen histologique.* — Epithélioma pavimenteux. Mitoses fréquentes.

*Suites éloignées.* — Récidive pelvienne constatée en octobre 1924. Décès probable depuis, car on n'a pas d'autres renseignements.

## OBSERVATION II

*Hystérectomie élargie. — Bon résultat datant de 3 ans.*  
(Malade perdue de vue depuis)

Mme B..., 46 ans.

*Toucher vaginal.* — Ulcération néoplasique paraissant relativement au début, intéressant la commissure du col. Paramètre indemne cliniquement.

*Intervention* en novembre 1923 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Durée : 1 h. 20.

*Examen histologique.* — Epithélioma du type ectodermique confirmé.

*Suites éloignées.* — La malade a été revue et réexaminée en août 1925. Elle était alors en parfait état. Avait engraisé et localement la cicatrice était souple.

Fin 1926 : Cet état se maintenait.

Depuis, la malade a été perdue de vue et nous n'avons pu avoir de ses nouvelles.

(Nous ne tiendrons compte de cette observation que dans la statistique de nos cas de 3 ans de survie.)

### OBSERVATION III

*Curiothérapie pré-opératoire. — « Wertheim ». — Décès  
par récidence 7 mois après l'intervention.*

Mme P..., née T..., 38 ans.

Entrée dans le service le 12 novembre 1923.

*Au toucher.* — Volumineux néoplasme végétant en chou-fleur, mou, s'effritant et saignant sous le doigt et particulièrement développé du côté gauche. Culs-de-sac vaginaux libres, souples. Corps utérin augmenté de volume mais mobile.

En somme, néoplasme utérin à forme exo-cervicale, bourgeonnante ; paramètre cliniquement non envahi.

15 novembre : Exérèse partielle de la masse néoplasique du col, insérée sur la lèvre antérieure en vue d'une biopsie.

*Examen histologique.* — Epithélioma atypique avec boyaux néoplasiques caractéristiques à type probablement malpighien sans qu'on puisse affirmer la présence de globes cornés.

26 novembre : Application préopératoire de radium ; 125 milligrammes en 4 tubes (1 tube de 50 milligrammes intra-cervical et 3 tubes vaginaux de 25).

*Intervention* le 28 novembre (P<sup>r</sup> Villard). — Anesthésie à l'éther. Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle.

Particularités : petite annexite gauche, fibrome du fond utérin surajouté, difficulté de la dissection de l'uretère gauche en raison de la présence d'un ganglion néoplasique.

Sortie de la malade le 28 décembre 1923. Bon état.

*Suites éloignées.* — Décès 7 mois après l'intervention, récidence probable.

#### OBSERVATION IV

*Hystérectomie élargie. — Décès par embolie au 21<sup>e</sup> jour.*

Mme T..., née M..., 45 ans.

Entrée le 23 janvier 1924.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme friable endo-cervical. Pas d'envahissement des paramètres. Mobilité utérine conservée.

*Intervention* le 30 janvier 1924 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique ordinaire. Particularités : ganglions dans le paramètre gauche.

*Examen de la pièce.* — Col énorme. Quelques bourgeons font saillie à l'orifice. Petit fibrome interstitiel du fond utérin. Lésions annexielles bilatérales.

Suites opératoires : Bonnes, mais persistance d'une amélioration du pouls entre 140 et 120. Pas de phlébite. Seulement quelques varices anciennes. Température normale.

Le 22 février 1924 : Le lever s'était effectué le 18<sup>e</sup> jour sans incidents. Mort subite par embolie le 21<sup>e</sup> jour après l'intervention.

*Examen histologique.* — Confirmation d'un épithélioma pavimenteux infiltrant.

#### OBSERVATION V

*Hystérectomie élargie. — Décès 13 mois après l'intervention par récurrence.*

Mme G..., née C..., 31 ans.

Entrée dans le service le 24 mars 1924.

*Toucher vaginal.* — Masse indurée du volume d'une amande sur la lèvre postérieure du col, peu bourgeonnante, surtout développée sur la partie externe de la lèvre. Cul-de-sac gauche un peu induré. Utérus mobile.

*Intervention* le 2 avril 1924 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie

élargie selon la technique habituelle. Particularité : annexite gauche ancienne adhérente.

Examen de la pièce : Néoplasme bourgeonnant de la lèvre postérieure formant masse aplatie de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Paramètre peu infiltré. Pas de ganglions. L'induration du cul-de-sac gauche semble le fait de l'annexite.

*Examen histologique.* — Epithélioma du type pavimenteux.

Suites opératoires banales. La malade quitte le service le 19 avril 1924.

*Suites éloignées.* — La malade est morte de récédive le 24 mai 1925.

## OBSERVATION VI

« Wertheim ». — Décès 13 mois après par récédive.

Mme M..., née C..., 61 ans.

Entrée dans le service le 6 mai 1924.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme à tendance ulcéralive du col développé au niveau de la commissure gauche. Pas d'infiltration de la paroi recto-vaginale. Suintement purulent cervical.

*Intervention* le 15 mai 1924 (P<sup>r</sup> Villard) — « Wertheim » suivant la technique habituelle. Particularités : adhérences pelviennes avec salpingite, dissection urétérale difficile en raison d'une infiltration œdémateuse de tout le paramètre.

*Examen de la pièce.* — Néoplasme du col et de l'isthme. Pyomètre de 100 cc. environ.

*Examen histologique.* — Confirmation d'un épithélioma pavimenteux du col.

Suites opératoires : Température persistante à 39° pendant plusieurs jours. Accidents pulmonaires : infarctus probable.

Sortie de l'hôpital : 24 juin 1924. Bon état.

*Suites éloignées.* — D'abord excellentes, puis décès le 19 juin 1925 à la suite d'une récédive (constatation par le D<sup>r</sup> Frarier).

## OBSERVATION VII

« Wertheim ». — Résultat datant de plus de 6 ans.

Mme L., née J..., 52 ans.

Entrée dans le service le 2 juin 1924.

*Toucher vaginal.* — Cancer du col bourgeonnant et friable. Mobilité utérine relativement conservée.

*Intervention* le 5 juin 1924 (P<sup>r</sup> Villard). — « Wertheim » suivant la technique habituelle. Pas de ganglions. Dissection plus difficile du ligament large gauche du fait d'une salpingectomie antérieure pratiquée 32 ans auparavant.

*Examen histologique.* — Epithélioma baso-cellulaire typique.

Sortie du service : 26 juin 1924 en bon état.

Le 6 mai 1927 : A la suite de plusieurs poussées graves de cholécystite, la malade est de nouveau opérée. Cholécystectomie rétrograde par incision de Mayo. Ablation de la vésicule contenant trois gros calculs.

Le 9 mai 1928 : Syndrome de sténose pylorique. On croit à des adhérences post-opératoires péri-duodénales. Gastro-entéro-anastomose au bouton. Il y a un doute sur une masse pylorique englobée par des adhérences et qui pourrait être néoplasique.

*Suites éloignées.* — En septembre 1930, la malade subit une gastro-pylorectomie. Masse néoplasique confirmée.

## OBSERVATION VIII

*Hystérectomie élargie.* — Décès un an après.

Mme C..., née B..., 45 ans.

Entrée dans le service le 3 juin 1924.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme bourgeonnant du col s'étendant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Mobilité utérine relativement conservée.

*Intervention* le 31 juillet 1924 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie

élargie selon la technique habituelle. Particularité : quelques ganglions para-utérins droits. Durée : 45 minutes.

*Examen de la pièce.* — Néoplasme à forme ulcéralive de la lèvre postérieure du col.

*Examen histologique.* — Epithélioma infiltrant, malpighien. Architecture cordonale. Evolution épidermoïde discrète. Pas de mitoses. Pas de nécrose centrale. Ganglions non envahis.

Sortie le 29 août 1924, en excellent état.

*Suites éloignées.* — La malade est morte un an après son intervention, par affection pulmonaire intercurrente.

## OBSERVATION IX

*Hystérectomie élargie « palliative ».* — Décès 6 mois après par récurrence.

Mme L., née B., 46 ans.

Entrée dans le service le 6 juin 1924.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme intra-isthmique avec gros col dur, entr'ouvert. Culs-de-sac vaginaux libres, cliniquement.

*Intervention* le 17 juin 1924 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie, mais dissection urétérale très difficile du fait d'une extension dans le paramètre et de ganglions importants très adhérents non perçus par l'examen clinique. On a l'impression de faire une intervention très incomplète du fait de ces lésions.

*Examen de la pièce.* — Col néoplasique énorme en entonnoir. Volumineux ganglions néoplasiques.

*Examen histologique.* — Epithélioma infiltrant à architecture cordonale. Ganglions très remaniés histologiquement avec amas épithéliaux identiques à ceux du col. Réaction conjonctive scléreuse marquée.

*Suites opératoires* : 11 octobre : Constatation d'une cystite et d'une fistule urinaire urétérale avec infection, constatation d'une récurrence vaginale volumineuse.

Décès le 27 novembre 1924.

## OBSERVATION X

*Hystérectomie élargie. — Récidive 2 ans et 6 mois après l'intervention. — Décès.*

Mme T..., 40 ans (environ).

*Toucher vaginal.* — Ulcération néoplasique du col. Culs-de-sac vaginaux libres. Mobilité utérine diminuée.

*Intervention* le 3 juillet 1924 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie comme à l'ordinaire, difficile. Durée : 1 h. 30.

*Examen histologique.* — Epithélioma ectodermique atypique sans globes cornés.

*Suites éloignées.* — Tout d'abord bon état général. Apparition 2 ans et 6 mois après l'intervention d'une récidive pelvienne. Compression urétérale avec phénomènes urémiques, ayant nécessité une uretérostomie qui ne donna qu'une légère survie.

## OBSERVATION XI

*Curiethérapie pré-opératoire. — « Wertheim ». — Guérison. Résultat datant de 6 ans.*

Mme D..., née L..., 34 ans.

Entrée dans le service le 30 juillet 1924.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme du col à forme bourgeonnante, très friable, saignant abondamment. Culs-de-sac vaginaux libres. Le toucher rectal permet de constater que les ligaments utéro-sacrés sont normaux. Cliniquement le paramètre n'est pas envahi.

5 août 1924 : On pratique une biopsie, et on place dans le col un tube de radium de 65 milligrammes et 3 tubes vaginaux de 25 milligrammes : soit 140 milligrammes, laissés en place 48 heures.

*Intervention* le 29 août 1924 (D<sup>r</sup> Michon, chef de clinique). — « Wertheim », à noter que la dissection urétérale gauche est difficile, ablation de ganglions à ce niveau.

*Examen de la pièce.* — Petit kyste tubo-ovarien du volume d'une noix, l'utérus est long et présente quelques zones de radionécrose au-dessus de l'isthme.

*Examen histologique.* — Epithélioma cylindrique très atypique, peu de mitoses, mais beaucoup de cellules énormes.

Ganglions hypogastriques : Dans les sinus péri-folliculaires existent des tubes glandulaires typiques.

*Suites éloignées.* — 13 novembre 1924 : Revue par le docteur Michon. Etat général excellent ; a repris 10 kilogrammes ; état local parfait.

Avril 1925 : Mêmes constatations.

Octobre 1930 : Malade réexaminée à la Charité. Excellente santé. Etat général parfait. Localement cicatrice souple, aucune trace de récurrence locale. Aucun trouble fonctionnel. En somme, résultat parfait.

## OBSERVATION XII

*Curiethérapie pré-opératoire.* — « Wertheim ». — *Guérison.*

*Résultat de 6 ans.*

Mme B..., née M..., 58 ans.

Entrée dans le service le 7 septembre 1924.

*Toucher vaginal.* — Petit néoplasme ulcéré, siégeant sur la lèvre antérieure et à droite ; la lèvre postérieure du col est effacée ; les culs-de-sac vaginaux sont souples. Mobilité utérine diminuée.

11 septembre : Application de 2 tubes de radium de 50 milligrammes chacun, intracervicaux et disposés en tandem, laissés en place 48 heures.

*Intervention* le 1<sup>er</sup> octobre (P<sup>r</sup> Villard). — « Wertheim » suivant la technique habituelle. Aucun accident opératoire. Pas de ganglions. Dissection urétérale facile.

*Examen de la pièce.* — Petit épithélioma du col propagé à

l'isthme et envahissant un peu la cavité utérine. Grosse rétraction des tissus, vraisemblablement due à la curiethérapie.

*Examen histologique.* — Epithélioma pavimenteux infiltrant, tendance épidermoïde faible. Malgré l'application de radium, il reste des nids cellulaires avec des éléments vivaces. Monstruosités cellulaires, polymorphisme très marqué, presque tous les noyaux sont en mitose.

*Suites éloignées.* — 28 août 1930 : La malade se considère comme guérie, elle travaille, ne souffre pas, n'a aucune perte et son médecin confirme qu'elle ne présente pas de récurrence.

### OBSERVATION XIII

*Hystérectomie élargie. — Guérison. — Résultat datant de 6 ans et 5 mois.*

Mme Ch..., née M..., 46 ans.

Entrée le 21 octobre 1924.

*Toucher vaginal.* — Gros néoplasme de la lèvre postérieure du col. Pas d'envahissement des culs-de-sac. Mobilité utérine conservée.

*Intervention* le 28 octobre 1924 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie selon la technique habituelle. Particularités : recherche difficile de l'uretère droit à cause de la profondeur du pelvis et de l'adiposité. Hémostase difficile pour les mêmes raisons.

*Examen histologique.* — Epithélioma infiltrant à architecture lobulée. Cellules pavimenteuses à tendance épidermoïde presque nulle. Peu de mitoses, gigantisme et polymorphisme cellulaires. Dégénérescence hyaline. Réaction conjonctive nulle.

Le fragment de paramètre envoyé n'est pas envahi.

Sort le 9 novembre 1924, en excellent état.

Le 5 juin 1925 : La malade est revue. Cicatrice souple, pas de signes de récurrence. Bon état général.

*Suites éloignées.* — Malade revue en janvier 1931. A repris 15 kilogrammes depuis l'intervention. Pas de douleurs symptomatiques. Excellent état général et local.

#### OBSERVATION XIV

*Curiethérapie pré-opératoire. — « Wertheim ». — Guérison.  
Résultat datant de 6 ans.*

Mme B..., née S..., 56 ans.

Entrée dans le service le 23 octobre 1924.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme végétant très friable développé sur la lèvre postérieure du col. Culs-de-sac vaginaux indemnes.

27 octobre 1924 : Application 48 heures de 2 tubes de radium de 50 milligrammes chacun, l'un dans la cavité utérine, l'autre en travers dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

*Examen histologique* après biopsie. — Constatation de bourgeons épithéliomateux infectés. Les cellules néoplasiques sont en voie de cytolyse. On ne peut pas préciser la variété histologique du néoplasme. Polynucléaires très nombreux.

*Intervention* le 20 novembre 1924 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Difficulté de la dissection au niveau de la vessie dont on redoute la lésion.

Suites opératoires très simples. Sortie le 11 décembre 1924.

*Suites éloignées.* — Malade réexaminée à la Charité fin octobre 1930. Etat général très bon. La malade travaille et ne se plaint de rien. Etat local parfait : aucune trace de récurrence, cicatrice vaginale souple. Très beau résultat.

#### OBSERVATION XV

*Hystérectomie élargie. — Curiethérapie sur petite récurrence locale. — Bon résultat datant de 6 ans.*

Mme Ch..., née G..., 45 ans.

Entrée le 10 novembre 1924.

*Toucher vaginal.* — Col entr'ouvert. Ulcération endocervicale dure, irrégulière. Envahissement léger du cul-de-sac latéral gauche. Mobilité utérine relativement conservée.

*Intervention* le 14 novembre 1924 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Particularité : présence de chaque côté de ganglions rendant difficile la dissection du paramètre. Durée : 1 h. 40.

*Examen histologique*. — L'état de la pièce ne permet pas un diagnostic précis.

Revue le 25 mai 1925 : Sur le fond de la cicatrice vaginale existe un bourgeon néoplasique non douteux, mais mobile, sans extension. Curiethérapie à ce niveau : 50 milligrammes 48 heures.

Revue le 17 juin 1926 : Excellent état général et local. Aucune trace de récurrence. Disparition complète du bourgeon.

Revue le 8 novembre 1928 : Excellent état général. Au toucher vaginal : petites brides vaginales, mais pas de récurrence.

*Suites éloignées* : octobre 1930 : Mêmes remarques, toujours pas de récurrence.

#### OBSERVATION XVI

« Wertheim ». — Guérison. — Résultat datant de cinq et six mois.

Mme M..., née G..., 47 ans.

Entrée dans le service le 16 janvier 1925.

*Toucher vaginal*. — Néoplasme bourgeonnant étendu aux deux lèvres du col et à l'orifice cervical. Lèvre antérieure infiltrée presque en totalité. Induration se poursuivant en profondeur vers le cul-de-sac vésico-utérin. Lèvre postérieure complètement infiltrée et volumineuse. Muqueuse libre en partie au niveau des commissures et du cul-de-sac postérieur. Mobilité utérine diminuée par une adhérence au niveau de l'isthme à gauche.

Toucher recto-vaginal : Envahissement de la base du paramètre gauche.

*Intervention* le 4 février 1925 (P<sup>r</sup> Villard). — « Wertheim » suivant la technique habituelle. Particularités : mobilisation difficile, dissection délicate de l'uretère gauche, écoulement de bouil-

lie sanieuse au moment de la section du vagin, péritonisation haute, drainage vaginal suivant la technique habituelle.

*Examen de la pièce.* — Cancer du col remontant jusqu'à l'isthme, petit noyau suspect dans le paramètre gauche, deux petits noyaux fibromateux sur le corps utérin.

*Examen histologique.* — Epithélioma infiltrant. Le revêtement extérieur malpighien est intact. Au-dessous, le chorion est infiltré de cellules lymphoïdes. Multiples néoformations épithéliales, qui semblent reproduire le type des glandes du col. Il s'agit sans doute d'un adéno-carcinome. Paramètre sain.

Suites opératoires parfaites. La malade quitte le service le 9 mars 1925. Elle est revue en excellent état local et général le 8 juin et le 16 octobre 1925.

*Suites éloignées.* — Malade revue le 12 juillet 1930. Pas de troubles fonctionnels. Bon état général. Au toucher : aucune trace de récurrence, quelques brides et adhérences au niveau de la cicatrice vaginale que l'on rompt, petite hémorragie. Au spéculum : aucun bourgeon suspect. Très beau résultat.

## OBSERVATION XVII

*Hystérectomie élargie. — Néphrectomie gauche pour fistule urétérale persistante. — Décès 3 ans après.*

Mme G..., née R..., 65 ans.

Entrée dans le service le 13 février 1925.

*Toucher vaginal.* — Volumineux néoplasme du col de la commissure gauche. Ulcération cancéreuse de la paroi du cul-de-sac latéral gauche. Paramètre gauche semblant bloqué.

*Intervention* le 19 février (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Particularités : difficulté de la dissection de l'uretère au niveau de la vessie, tissu cellulaire périvésical infiltré ; on taille dans la paroi vésicale sans atteindre la muqueuse. Dissection délicate de l'uretère gauche.

*Examen de la pièce.* — Néoplasme endocervical térébrant.

*Examen histologique.* — Epithélioma infiltrant du type malpighien avec architecture cordonale. Pas de tendance épidermoïde. Infection légère. Grosse réaction conjonctive. Paramètre sain.

Suites opératoires : Simples au début. Apparition d'une fistule urétérale gauche, persistant jusqu'au 22 mai 1925. Ce même jour, on pratique une néphrectomie | para-péritonéale antéro-externe. Intervention simple, bassinnet distendu par un liquide louche, urètre sectionné à 6 cm. de son origine.

Examen de la pièce : Rein gauche congestionné avec dilatation des calices.

Suites opératoires banales. La malade quitte l'hôpital le 10 juin 1925, en bon état.

*Suites éloignées.* — Nous avons appris que la malade était décédée en 1928, sans autres renseignements.

#### OBSERVATION XVIII

*Curiethérapie pré-opératoire.* — *Hystérectomie élargie.* — *Décès cinq ans et six mois après par récurrence.*

Mme D..., 44 ans.

Entrée le 4 avril 1925.

*Toucher vaginal.* — Col envahi, masse ulcérée et bourgeonnante occupant tout le vagin. Envahissement clinique du ligament large droit.

Le 8 avril 1925 : Radium 150 milligrammes pendant quatre jours. Suites compliquées du fait que la malade est diabétique. Traitement à l'insuline.

*Intervention* le 25 avril 1925 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie assez pénible.

*Examen histologique.* — Epithélioma infiltrant extrêmement diffus. Cellules sans architecture précise.

Le 18 décembre 1925 : La malade revient. Cure d'une fistule vésico-vaginale par la voie transvésicale.

*Suites éloignées.* — La malade est morte, vraisemblablement par récurrence, en octobre 1930.

## OBSERVATION XIX

*Hystérectomie élargie. — Guérison. — Résultat datant de cinq ans et six mois.*

Mme L., née P., 55 ans.

Entrée dans le service le 12 avril 1925.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme du col ulcéreux, ayant détruit les lèvres cervicales, qui ne font plus saillie dans les culs-de-sac vaginaux. Mobilité utérine conservée.

*Intervention* le 21 avril 1925 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Particularités : dissection gênée par de grosses veines para-urétérales et retaille de la collerette vaginale.

Examen de la pièce : Néoplasme ulcérant du col remontant jusqu'à l'isthme.

*Examen histologique.* — Epithélioma infiltrant à architecture réticulée et à mailles lâches. Tendance épidermoïde légère. Pas de globes cornés, mais perles épidermiques. Cellules moyennes à gros noyaux et à mitoses rares.

Sortie du service le 16 mai 1925.

*Suites éloignées.* — Malade revue en octobre 1930. Pas de troubles fonctionnels, bon état général. L'examen gynécologique ne révèle aucune trace de récurrence.

## OBSERVATION XX

*Hystérectomie élargie. — Curiothérapie pour récurrence locale. Résultat datant de près de 6 ans.*

Mme R., née V., 59 ans.

Entrée le 30 mai 1925.

*Toucher vaginal.* — Vagin en entonnoir. Disparition des culs-de-sac. Bourgeonnement du col. Utérus mobile.

*Intervention* le 20 mai 1925 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie

élargie selon la technique ordinaire, sans difficulté particulière sauf une section large du vagin.

*Examen histologique.* — Epithélioma infiltrant à architecture cordonale lâche. Cellules du type malpighien.

Sortie le 15 juin 1925.

1<sup>er</sup> mai 1926 : Malade revue, petite récidive au fond du vagin. Curiethérapie : 120 milligrammes de bromure de radium pendant 48 heures.

*Suites éloignées.* — Janvier 1931 : La malade vit toujours et se plaint d'une toux fréquente, qui ne paraît pas en rapport avec une métastase pulmonaire.

#### OBSERVATION XXI

« Wertheim ». — Décès après 2 ans par récidive.

Mme P..., née J..., 31 ans.

Entrée dans le service le 13 janvier 1926.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme endo-cervical augmentant de volume l'ensemble du col et de l'isthme, qui sont indurés. Intégrité du cul-de-sac droit. Utérus très mobile de ce côté. Par contre, infiltration du paramètre gauche et région de l'isthme fixée.

*Intervention* le 20 janvier 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Particularités : ablation dans un temps particulier d'un volumineux ganglion adhérent nettement à l'utérine droite et en dehors de l'uretère. A gauche, un ganglion du volume d'un petit pois est enlevé en bloc avec le paramètre.

*Examen de la pièce.* — Néoplasme térébrant intra-cervical ayant creusé une cavité de la grosseur d'une amande et particulièrement développée à gauche.

*Examen histologique.* — Epithélioma métatypique baso-cellulaire. Les formations cancéreuses sont groupées tantôt en gros îlots, dont le centre présente souvent de la cytolysé, tantôt en

boyaux de volume variable, le plus souvent richement anastomosés entre eux. Réaction conjonctivale faible. Pas de globes épidermiques. Forme très envahissante. Dans les ganglions, nombreux follicules normaux, pas de formations épithéliomateuses.

Suites opératoires banales ; la malade quitte le service en bon état le 14 février 1924.

Le 8 juillet 1926 : Revue, cicatrice souple, aucune induration suspecte. Etat général excellent, reprise de poids de 5 kilogrammes.

Le 11 octobre 1926 : La malade revient pour des douleurs du côté gauche. Aucune lésion suspecte aux touchers rectal et vaginal combinés. Cicatrice souple, quoique sensible à la pression.

Le 23 juin 1927 : Malade revue, amaigrissement de 6 kilogrammes, douleur pelvienne avec irradiation dans le membre inférieur gauche. On ne sent rien au toucher vaginal. Au toucher rectal : masse non mobilisable et douloureuse très haut située dans le pelvis, plaquée contre l'os à gauche. Il s'agit d'une récurrence.

Le 20 septembre 1927 : La masse a gagné la ligne médiane. Troubles de compression, en particulier sciatique gauche très douloureuse.

*Suites éloignées.* — Au mois de septembre 1930, son mari nous apprend le décès de la malade en janvier 1928. En somme : décès après l'intervention datant de deux ans, par récurrence d'un néoplasme, dont la nature avait été signalée comme très maligne à l'examen histologique.

## OBSERVATION XXII

*Hystérectomie élargie. — Guérison. — Résultat datant de quatre ans et huit mois.*

Mme C..., née B..., 38 ans.

Entrée dans le service le 23 février 1926.

*Toucher vaginal.* — Volumineux néoplasme végétant, faisant saillie dans le fond du vagin et laissant libre l'insertion des culs-

de-sac à la base du col. Mobilité utérine relativement conservée malgré une légère induration des ligaments larges.

*Intervention* le 13 mars 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie très élargie suivant la technique habituelle. Particularité : on enlève dans le paramètre droit plusieurs ganglions petits et d'aspect néoplasique situés en dehors du croisement de l'uretère et de l'artère utérine.

*Examen histologique.* — Epithélioma métatypique (type ectodermique muqueux) baso-cellulaire. On ne trouve pas de globes épidermiques, ni d'oblitérations vasculaires. Le stroma est très riche en cellules. Le ganglion prélevé est nettement envahi par des métastases (épithélioma atypique).

Suites opératoires : Compliquées au 16<sup>e</sup> jour par une phlébite. Immobilisation et repos de 20 jours. La malade peut quitter l'hôpital en bonne convalescence le 10 avril.

*Suites éloignées.* — Revue à la Charité en octobre 1930. Etat local parfait sans trace de récidence. Etat général très satisfaisant. Aucun trouble fonctionnel, sinon quelques douleurs dans la jambe phlébitique, mais qui n'empêchent pas un travail d'usine pénible. Excellent résultat.

### OBSERVATION XXIII

*Hystérectomie élargie.* — Résultat datant de 4 ans et 3 mois.

Mme D..., née M..., 48 ans.

Entrée le 20 mai 1926.

*Toucher vaginal.* — Gros col avec lèvre antérieure néoplasique très dure saignant au doigt. Utérus mobile.

*Intervention* le 29 mai 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Ablation d'un ganglion dans le paramètre droit.

*Examen histologique.* — Confirmation d'un épithélioma spino-cellulaire du col.

*Suites éloignées.* — Malade réexaminée le 28 août 1930. Excel-

lent état général. Malade obèse ayant repris plus de 20 kilogrammes. Travaille, ne se plaint de rien. Toucher : vagin souple. Cicatrice vaginale en parfait état. Aucune trace de récive.

#### OBSERVATION XXIV

*Hystérectomie élargie. — Bon résultat 3 ans. — Décès depuis...*

Mme R..., née M..., 42 ans.

Entrée dans le service le 31 mai 1926.

*Toucher vaginal.* — Gros néoplasme bourgeonnant en chou-fleur, occupant tout le col, du volume d'une mandarine, faisant saillie dans le vagin. Muqueuse des culs-de-sac libre. Utérus mobile, légère induration de la base des deux paramètres.

*Intervention* le 5 juin 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie très élargie, technique habituelle. Particularité : l'énorme masse du néoplasme oblige à une dissection du vagin très basse, presque jusqu'au périnée ; ouverture du vagin à ciel ouvert.

*Examen de la pièce.* — Pas de ganglions, un peu d'induration le long de l'utérine gauche.

*Examen histologique.* — Epithélioma atypique où domine l'architecture cordonale, mais au niveau duquel on ne peut retrouver la muqueuse. L'artère utérine est normale, quelques cellules inflammatoires dans le tissu cellulaire qui l'entoure, mais pas de noyaux de généralisation.

Suites opératoires : Hématome suppuré de la paroi peu important. Fistule urétérale, qui persiste au moment du départ de la malade en bon état général, le 10 juillet 1926.

*Suites éloignées.* — On a eu de ses nouvelles fin 1929 ; en bon état. Adresse perdue depuis. Décédée ?

## OBSERVATION XXV

*Hystérectomie élargie. — Décès 3 ans et 5 mois  
après l'intervention.*

Mme C..., née L..., 41 ans.

Entrée dans le service le 27 août 1926.

*Toucher vaginal.* — Cancer du col cliniquement au début. Mobilité utérine diminuée : ligament large droit moins souple que le gauche.

*Examen histologique* après biopsie. — Epithélioma du col à type cervical, on rencontre de larges plages de cellules néoplasiques à type baso-cellulaire. Stroma riche en cellules inflammatoires.

*Intervention* le 3 septembre 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Laparotomie médiane. Découverte facile des uretères. Hystérectomie élargie comme à l'ordinaire. Particularité : ablation d'un ganglion hypogastrique dans le ligament large droit. Durée de l'intervention : 50 minutes.

*Suites opératoires.* — Bonnes les trois premiers jours. Mais le quatrième, à la suite de l'ablation de la mèche vaginale, crise d'occlusion intestinale. Intervention d'urgence: entérostomie sur une anse grêle dilatée. Suites parfaites. Ablation de la sonde au sixième jour.

*Suites éloignées.* — Pendant plusieurs années, la malade présentait un excellent état. Nous avons appris son décès en janvier 1930, sans qu'il nous soit possible d'en connaître la cause.

## OBSERVATION XXVI

*Hystérectomie élargie. — Mort accidentelle au 15<sup>e</sup> jour.  
(Erysipèle de la cuisse)*

Mme A..., née D..., 37 ans.

Entrée dans le service le 8 septembre 1926.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme intracervical faisant saillie au niveau de la commissure gauche. Perte d'élasticité du cul-de-sac vaginal gauche. Mobilité utérine un peu diminuée.

*Intervention* le 17 septembre 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Anesthésie à l'éther pénible. Malade très obèse. Hystérectomie élargie difficile : la fixité de l'utérus et du vagin oblige à faire toutes les manœuvres dans la profondeur.

*Examen de la pièce.* — Néoplasme endo-cervical remontant dans l'isthme, qui est blindé.

*Examen histologique.* — Epithélioma épidermoïde du type intermédiaire à la fois baso et spino-cellulaire, la forme baso-cellulaire étant dominante. Les cellules cancéreuses groupées en lobules ou en grosses travées sont souvent en voie de division indirecte. Les mitoses anarchiques sont abondantes ; çà et là, dispositions papillaires et zones nécrobiosées. La stroma-réaction est assez importante, surtout du type plasmocytaire.

*Suites opératoires.* — A la suite d'un accident malheureux (injection hypodermique infectée de la cuisse), la malade fait un érysipèle grave entraînant la mort au 15<sup>e</sup> jour, alors qu'il n'existait aucun phénomène abdominal.

## OBSERVATION XXVII

*Hystérectomie élargie. — Décès 2 ans et 6 mois après  
par récédive.*

Mme P..., 42 ans.

*Toucher vaginal.* — Gros néoplasme évoluant depuis plus d'un an (malade ayant refusé l'intervention) à prolongement intra-cervical. Perte de souplesse des ligaments utéro-sacrés et du ligament large gauche.

*Intervention* le 21 septembre 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie comme à l'ordinaire. Particularité : ablation d'un gros ganglion à quatre centimètres en dehors de l'isthme.

*Examen histologique.* — Epithélioma ulcéré à prédominance spino-cellulaire. Ganglion envahi.

*Suites éloignées.* — Très bon état général et local jusqu'en août 1928. Récidive constatée à cette date (ganglions iliaques gauches). Décès en février 1929.

## OBSERVATIONS XXVIII

*Hystérectomie élargie. — Guérison. — Résultat datant de 4 ans.*

Mme C..., née N..., 52 ans.

Entrée dans le service le 5 octobre 1926.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme du col. Lèvre antérieure hypertrophiée et saillante. Mobilité utérine conservée. Culs-de-sac vaginaux libres.

*Intervention* le 15 octobre 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie selon la technique habituelle. Particularités : double annexite résiduale, symphyse complète du Douglas, induration cicatricielle du ligament large.

*Examen de la pièce.* — Large collerette vaginale, ablation large du paramètre. A gauche petit ganglion.

*Examen histologique.* — La pièce examinée ne présente ni muscle utérin normal, ni muqueuse normale. Elle est constituée uniquement par de grandes nappes néoplasiques plus ou moins nécrobiosées et dissociées par endroits par de petites hémorragies. Les éléments cellulaires qui constituent ces formations tumorales ont les caractères épithéliaux, présentent des monstruosité nucléaires très marquées, les mitoses y sont nombreuses. Ces cellules s'orientent en formations cornées. Le stroma est le siège d'une infiltration extrêmement marquée plasmocytaire à prédominance tantôt lymphoïde, tantôt polynucléaire.

En somme : épithélioma à globes cornés du col utérin.

La malade sort le 10 novembre 1926, en parfait état.

*Suites éloignées.* — La malade a été revue le 2 octobre 1930. A repris 6 kilogrammes ; aucun trouble fonctionnel. Vagin très court, cicatrice souple, aucune trace de récurrence.

## OBSERVATION XXIX

*Hystérectomie élargie. — Guérison. — Résultat datant de 4 ans.*

Mme B., née V..., 48 ans.

Entrée dans le service le 21 octobre 1926.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme bourgeonnant de la lèvre antérieure du col. Induration légère des culs-de-sac latéraux. Mobilité utérine relativement conservée.

*Intervention* le 29 octobre 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie selon la technique habituelle. Particularité : difficulté par suite de lésions anciennes de cellulite pelvienne, qui gênent la mobilisation et la traction, abondant lacis variqueux péri-vésical à hémostase délicate.

*Examen de la pièce.* — Cancer végétant de la lèvre antérieure, les lésions sont largement dépassées, pas de ganglions dans le paramètre.

*Examen histologique.* — Presque toute la coupe est formée par de grandes nappes néoplasiques, parfois plus ou moins nécrosées, qui ont des caractères épithéliaux et qui parfois commencent à présenter une disposition en globes cornés. Les éléments cellulaires qui constituent ces nappes néoplasiques sont extrêmement anarchiques avec des mitoses très nombreuses, avec des monstruosité nucléaires et, en certains points, ils ont déjà subi une sorte de dégénérescence, qui les a vidés, leur donnant un aspect de cellules végétales. Ces formations néoplasiques viennent, en certains points, jusqu'au contact des glandes muqueuses qu'elles envahissent plus ou moins complètement. Le stroma est peu abondant, bien vascularisé et infiltré de très nombreux polynucléaires. Il s'agit d'un épithélioma du col utérin du type ectodermique à globes cornés.

Suites opératoires : Quelques clochers thermiques entre 38° et 39° le soir durant les premiers jours, ainsi que quelques pertes rosées non fétides, sans caractères particuliers.

Le 20 novembre 1926, elle quitte le service en bon état.

Elle est revue successivement en parfait état local et général

le 20 octobre 1927, le 23 août 1928, le 23 mai 1929, le 3 avril 1930.

*Suites éloignées.* — En octobre 1930, elle est réexaminée à la Charité. Aucun trouble fonctionnel. Etat général excellent. Aucune trace de récurrence locale. Cicatrice souple. Résultat parfait.

### OBSERVATION XXX

*Hystérectomie élargie.* — *Résultat excellent de près de 4 ans.*

Mme V..., 53 ans.

Entrée dans le service le 1<sup>er</sup> novembre 1926.

*Toucher vaginal.* — Epithélioma du col avec extension à la commissure gauche et au cul-de-sac latéral. Mobilité utérine diminuée. Paramètre gauche envahi (?)

*Intervention* le 11 novembre 1926 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie selon la technique habituelle, assez laborieuse du fait d'une infiltration paraissant simplement inflammatoire.

*Examen histologique.* — Epithélioma du col à type épidermique à globes cornés.

La malade quitte le service le 18<sup>e</sup> jour, en parfait état.

*Suites éloignées.* — Revue le 3 septembre 1930 à la Charité. Excellent état général. A repris 8 kilogrammes. Aucune douleur symptomatique. Au toucher : état local parfait, cicatrice souple, aucune trace de récurrence.

### OBSERVATION XXXI

*Hystérectomie élargie.* — *Bon résultat datant de 4 ans.*

Mme J..., 39 ans.

*Toucher vaginal.* — Epithélioma ulcéré de la lèvre antérieure du col. Paramètre cliniquement peu envahi.

*Intervention* le 4 février 1927 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie comme à l'ordinaire, sans difficulté particulière.

*Examen histologique.* — Epithélioma ectodermique type basocellulaire.

*Suites éloignées.* — En janvier 1931 : Malade revue par le médecin traitant Excellent état général, a beaucoup engraisé, ne se plaint de rien. Aucun signe local suspect. Résultat excellent.

## OBSERVATION XXXII

*Hystérectomie élargie.* — Décès après un an et deux mois.  
*par récédive.*

Mme L..., 29 ans.

Entrée dans le service le 23 avril 1927.

*Toucher vaginal.* — Volumineux néoplasme bourgeonnant du col utérin, s'étendant jusqu'aux culs-de-sac et empiétant sur le cul-de-sac antérieur dans sa moitié gauche. Perte de souplesse du paramètre gauche, mais la mobilité générale de l'utérus est conservée.

*Examen histologique après biopsie.* — Epithélioma très atypique probablement d'origine malpighienne formé de cellules confluentes groupées en amas rapprochés, cellules remarquables par leur anarchie et par l'abondance de leurs mitoses. Quelques plaques hémorragiques disséminées. Dans les axes conjonctifs qui sillonnent la tumeur et autour des vaisseaux, il existe assez souvent une infiltration lympho-plasmocytaire.

*Intervention* le 30 avril 1927 (D<sup>r</sup> Labry). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle sans particularités.

*Examen de la pièce.* — Ne permet pas de découvrir de ganglions dans le paramètre enlevé cependant très largement.

Le 29 mai 1927 : La malade sort de l'hôpital en bonne voie de convalescence.

Le 2 février 1928 : Revue, la malade se plaint de douleurs pelviennes. On constate au toucher un blindage de la cicatrice vaginale sans ulcération.

Par le toucher rectal, on perçoit un gros bloc de récidive étendu transversalement dans le bassin et plus développé à gauche.

Le 1<sup>er</sup> mars 1928 : Même état. Température entre 38° et 39°.

*Suites éloignées.* — La malade est morte par récidive, en juin 1928.

### OBSERVATION XXXIII

*Hystérectomie élargie. — Décès après 2 ans et 6 mois par récidive.*

Entrée dans le service le 31 mai 1927.

*Toucher vaginal.* — Ulcération néoplasique de la lèvre postérieure sur gros col de métrite ancienne, étendue au cul-de-sac postérieur. Ligaments larges non indurés, mais infiltration des ligaments utéro-sacrés. Mobilité utérine conservée, mais un peu diminuée.

*Intervention* le 14 juin 1927 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Particularités : libération préalable d'adhérences annexielles inflammatoires bilatérales, dissection difficile de l'uretère gauche.

*Examen de la pièce.* — Ulcération de la lèvre postérieure du col, se poursuivant en arrière dans le cul-de-sac et sur l'isthme.

*Examen histologique.* — Epithélioma pavimenteux présentant à l'intérieur des lobules, des cellules peu différenciées ne reconstituant jamais de globes épidermiques. Le centre de ces lobules est le plus souvent occupé par une masse nécrotique. Stroma-réaction du type lympho-plasmocytaire.

Le 5 juillet 1927 : La malade quitte le service en bon état.

Le 10 octobre 1928 : Elle revient pour une adénopathie sus-claviculaire gauche s'étendant à la base du cou, avec douleurs cervicales et vertébrales. En outre, douleurs inguinales irradiant dans les cuisses.

Au toucher : Deux à trois petits noyaux lisses sur le trajet de la cicatrice vaginale. Aucune induration par ailleurs.

*Suites éloignées.* — La malade est morte en novembre 1929, par récurrence.

#### OBSERVATION XXXIV

*Hystérectomie élargie. — Récurrence dix mois après.*

Mme C..., née R..., 32 ans.

Entrée le 8 juin 1927.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme infiltrant la lèvre postérieure du col avec envahissement partiel du vagin. Mobilité utérine relativement conservée.

*Intervention* le 22 juin 1927 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Difficulté de la dissection urétérale en raison d'un gros lacis veineux entourant l'uretère. Durée : 1 h. 30.

*Examen histologique.* — Epithélioma pavimenteux. Mitoses fréquentes.

Revue le 28 avril 1928 : Grosse récurrence pelvienne avec douleurs symptomatiques très accentuées.

*Suites éloignées.* — Section du nerf présacré le 1<sup>er</sup> mai 1928, dans le but d'atténuer les douleurs. Résultat satisfaisant à ce point de vue, contrôlé pendant plus d'un mois, mais cachexie progressive. Décès probable depuis.

#### OBSERVATION XXXV

*Hystérectomie élargie. — Guérison 3 ans. — Récurrence possible actuelle.*

Mme R..., née R..., 36 ans.

Entrée le 5 septembre 1927.

*Toucher vaginal.* — Col dur, saignant au toucher, culs-de-sac latéraux non envahis, mobilité utérine légèrement diminuée.

*Examen histologique* après biopsie. — Epithélioma épidermoïde certain du type baso-cellulaire, sans caractères spino-cellulaires vrais. Beaucoup de mitoses. Importante réaction de type lymphocytaire.

*Intervention* le 13 septembre 1927 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Légère complication due à une douglassite adhésive totale par annexite résiduelle. Durée de l'intervention : 1 heure.

Sortie le 4 octobre 1927, en excellent état.

*Suites éloignées.* — Malade revue le 9 octobre 1930. Excellent état général jusqu'à il y a trois mois. Depuis cette date, apparition brusque d'un œdème de la cuisse et de la jambe droite, avec douleurs irradiées dans ce membre. Le toucher vaginal ne montre pas de récurrence locale. Mais au toucher rectal, on sent assez haut une induration assez mal limitée : possibilité d'une récurrence.

#### OBSERVATION XXXVI

*Hystérectomie élargie.* — *Curiethérapie pour récurrence locale 2 ans après.* — *Bon résultat actuel datant de 3 ans et 4 mois.*

Mme G..., née G..., 68 ans.

Entrée dans le service le 10 septembre 1927.

*Toucher vaginal.* — Col entr'ouvert. Bourgeonnement néoplasique isthmique saignant et friable.

*Intervention* le 17 septembre 1927 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie, mais atypique, en raison d'une très forte adiposité de la malade et d'adhérences annexielles.

*Examen de la pièce.* — Néoplasme intracervical.

*Examen histologique.* — Epithélioma glandulaire.

*Suites éloignées.* — Le 16 juin 1929, petite récurrence très localisée au niveau de la cicatrice vaginale. Mise en place de 2 tubes de radium pendant 48 heures.

Réexaminée en décembre 1930 : Excellent état général et local. Pas de récurrence.

OBSERVATION XXXVII

*Hystérectomie élargie. — Décès 2 ans après l'intervention.  
par récédive.*

Mme B..., 56 ans.

*Toucher vaginal.* — Large ulcération du col étendue de part et d'autre jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Mobilité utérine relativement conservée. Quelques douleurs sacro-lombaires,

*Examen histologique* après biopsie. — Epithélioma très malin en certains points baso et, en d'autres, spino-cellulaire.

*Intervention* le 10 novembre 1927 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie comme à l'ordinaire. Dissection urétérale difficile.

*Examen de la pièce.* — Néoplasme étendu empiétant sur tout l'isthme utérin, avec envahissement d'un paramètre.

*Suites éloignées.* — Tout d'abord, bon résultat. Puis première trace de récédive en mars 1929. Décès en décembre 1929.

OBSERVATION XXXVIII

*Hystérectomie élargie (type anormal). — Décès par choc  
opératoire.*

Mme C..., née R..., 49 ans.

Entrée dans le service le 18 novembre 1927.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme endo-cervical, situé au niveau de l'isthme utérin, Culs-de-sac relativement souples. La mobilité utérine est à peu près conservée.

*Intervention* le 25 novembre 1927 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie du type « Wertheim », mais technique anormale ; en effet la tumeur se rompt au niveau de l'isthme complètement infiltré par le bloc néoplasique. Ablation première du corps, puis dissection des uretères et reprise de l'ablation du col. Ouverture large du vagin, sans qu'il soit possible de placer préalablement des clans, ni de faire la ligature des vaisseaux avant la section vaginale. De plus, un pyosalpinx droit s'est rompu, laissant s'écou-

ler une grosse quantité de pus malodorant dans le pelvis. Enfin, à gauche, tumeur végétante de l'ovaire.

*Examen histologique.* — Tumeur de l'ovaire d'origine wolfienne et épithélioma épidermoïde spino-cellulaire du col utérin.

*Suites opératoires.* — Choc opératoire très marqué, pouls incomptable, température à 40°. La malade meurt dans la nuit, à 5 heures du matin.

### OBSERVATION XXXIX

*Hystérectomie élargie. — Décès un an après par récurrence.*

Mme G..., 35 ans.

*Toucher vaginal.* — Volumineux cancer du col très végétant et friable. Mobilité utérine diminuée, mais pas d'envahissement des culs-de-sac vaginaux.

*Intervention* le 20 janvier 1928 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie comme à l'habitude, difficile.

*Examen histologique.* — Epithélioma baso-cellulaire avec mitoses anarchiques.

*Suites éloignées.* — Récurrence locale et pelvienne en septembre 1928. Radiumthérapie. Décès en février 1929.

### OBSERVATION XL

*Hystérectomie élargie. — Guérison. — Résultat datant de 2 ans et 7 mois.*

Mme D..., née M..., 37 ans.

Entrée le 24 février 1928.

*Toucher vaginal.* — Gros col très dur saignant au toucher. Utérus un peu immobilisé dans le sens transversal, mais gros et fibromateux.

*Intervention* le 3 mars 1928 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie

élargie selon la technique habituelle. Recoupe de la tranche vaginale, la brièveté du vagin ayant forcé de passer un peu près du col. Durée : 1 h. 10.

*Examen histologique.* — Epithélioma du type ectodermique baso-cellulaire.

*Suites éloignées.* — Revue en octobre 1930. A été traitée pour une pyélonéphrite passagère médicalement. Etat général actuellement parfait. Etat local excellent.

## OBSERVATION XLI

*Hystérectomie élargie.* — *Récidive 2 ans après.* — *Curiethérapie.*

Mme A..., née L., 41 ans.

Entrée le 25 mars 1928.

*Toucher vaginal.* — Ulcération cratériforme du canal cervical, saignant au toucher. Mobilité utérine conservée.

*Intervention* le 17 avril 1928 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Durée : 1 h. 10.

*Examen histologique.* — Epithélioma pavimenteux non épidermoïde.

*Suites éloignées.* — Revue le 23 juin 1930. Bon état général. A repris plus de 20 kilogrammes, mais douleurs abdominales.

Au toucher : récidive du côté du paramètre droit. Curiethérapie : 2 tubes de 50 milligrammes pendant 48 heures.

Malade toujours vivante.

## OBSERVATION XLII

*Hystérectomie élargie.* — *Bon résultat datant de 2 ans et 3 mois.*

Mme R..., née G..., 58 ans.

Entrée le 2 septembre 1928.

*Toucher vaginal.* — Col volumineux, induré, saignant au toucher. Mobilité utérine conservée.

*Intervention* le 10 septembre 1928 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie comme à l'ordinaire. Particularité : la dissection urétérale est assez difficile, du fait de dilatations variqueuses péri-urétérales et de deux gros ganglions, qui sont enlevés.

*Examen histologique.* — Epithélioma baso-cellulaire avec infiltration polynucléaire. Ganglions histologiquement envahis.

*Suites éloignées.* — Malade revue en décembre 1930. Excellent état général. A repris 7 kilogrammes, peut travailler, ne se plaint que de quelques troubles de ménopause post-opératoire. Aucune trace de récurrence locale.

#### OBSERVATION XLIII

*Hystérectomie élargie. — Résultat datant de 2 ans.*

Mme L..., née D..., 33 ans.

Entrée dans le service le 29 septembre 1928.

*Toucher vaginal.* — Gros col en bouchon de champagne avec ulcération néoplasique. Culs-de-sac libres. Mobilité conservée.

*Intervention* le 6 octobre 1928 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie selon la technique habituelle. A signaler l'ablation de plusieurs ganglions.

*Examen histologique.* — Epithélioma spino-cellulaire.

*Suites éloignées.* — Octobre 1930 : Nous avons appris que la malade se déclarait en bonne santé.

#### OBSERVATION XLIV

*Hystérectomie élargie. — Bon résultat datant de 2 ans.*

Mme D..., née B..., 41 ans.

Entrée le 14 décembre 1928.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme du col, forme ulcéralive. Utérus immobilisé partiellement, surtout à gauche.

*Intervention* le 19 décembre 1928 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie selon la technique habituelle, 55 minutes de durée. L'infiltration du paramètre paraît surtout inflammatoire.

*Examen histologique.* — Epithélioma spino-cellulaire.

*Suites éloignées.* — Revue en novembre 1930. A repris 6 kilogrammes. Peut travailler. Se plaint de quelques douleurs rhumatismales non symptomatiques de récurrence. Le toucher montre une cicatrice vaginale souple ; aucune récurrence locale.

#### OBSERVATION XLV

*Hystérectomie élargie.* — Décès par récurrence 1 an et 2 mois après.

Mme Ch..., née P..., 35 ans 1/2.

Entrée le 10 janvier 1929.

*Toucher vaginal.* — Déchirure obstétricale du col néoplasique. Corps utérin en rétroversion adhérent.

*Intervention* le 19 janvier 1929 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle, très laborieuse. Ablation d'un gros ganglion à gauche.

Examen de la pièce : Néoplasme térébrant intra-cervical ayant creusé une caverne néoplasique.

*Examen histologique.* — Epithélioma pavimenteux très atypique.

*Suites éloignées.* — En septembre 1929 : Petites récurrences néoplasiques au niveau de la cicatrice vaginale. Décès en mars 1930, par récurrence pelvienne très probable.

#### OBSERVATION XLVI

*Hystérectomie élargie.* — Bon résultat datant de 2 ans.

Mme D..., née B..., 27 ans.

Entrée dans le service le 25 janvier 1929.

*Toucher vaginal.* — Col en ectropion, néoplasique. Utérus mobile, paramètre non envahi.

*Intervention* le 6 février 1929 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie comme à l'ordinaire, sans incidents. Durée : 1 heure. Ablation d'un gros ganglion et de plusieurs petits dans le paramètre gauche.

*Examen histologique.* — Epithélioma sous forme de cellules peu différenciées avec beaucoup d'atypie cellulaire et beaucoup de mitoses, mais n'esquissant que rarement l'aspect épidermoïde.

*Suites éloignées.* — Revue en janvier 1931. Va très bien, a repris 8 kilogrammes, peut travailler. Quelques troubles de ménopause. Aucune trace de récédive.

#### OBSERVATION XLVII

*Hystérectomie élargie.* — Bon résultat datant de 1 an et 4 mois.

Mme R..., née B..., 38 ans.

Entrée le 27 septembre 1929.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme de la lèvre antérieure polypiforme et friable. Rétroversion utérine à peu près mobile.

*Intervention* le 3 octobre 1929 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique ordinaire. Ablation de deux gros ganglions plaqués contre les vaisseaux hypogastriques.

*Examen histologique.* — Epithélioma spino-cellulaire. Confirmation de l'envahissement néoplasique des ganglions.

*Suites éloignées.* — Revue en janvier 1931 : Bon état général. A repris 5 kilogrammes. Rien de spécial au point de vue local, sauf quelques troubles urinaires paraissant d'ordre banal.

#### OBSERVATION XLVIII

*Hystérectomie élargie.* — Résultat datant de 1 an et 2 mois.

Mme B..., née H..., 45 ans.

Entrée le 15 octobre 1929.

*Toucher vaginal.* — Gros néoplasme bourgeonnant des deux lèvres du col. Utérus gros, peu mobile.

*Intervention* le 20 octobre 1929 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie comme à l'habitude, difficile en raison d'une double lésion annexielle et d'une infiltration scléreuse du paramètre.

*Examen histologique.* — Epithélioma atypique à globes cornés. Grosse infiltration lymphocytaire.

*Suites éloignées.* — Malade revue en décembre 1930. Excellent état général, a repris plusieurs kilogrammes. Vagin souple. Cicatrice sans récidence. Pas d'induration pelvienne.

#### OBSERVATION XLIX

*Hystérectomie élargie.* — Décès par accidents pulmonaires  
24 heures après l'intervention.

Mme P..., née D..., 38 ans.

Entrée le 12 novembre 1929. Antécédents bacillaires très prononcés.

*Toucher vaginal.* — Néoplasme cratériforme de l'isthme. Mobilité relative. Paramètre droit peut-être envahi.

*Intervention* le 19 novembre 1929 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant la technique habituelle. Syncope anesthésique au cours de l'intervention.

Décès 24 heures après l'intervention, par accidents pulmonaires (vérification nécropsique).

*Examen histologique.* — Epithélioma spino-cellulaire.

#### OBSERVATION L

*Hystérectomie élargie.* — Résultat datant d'un an.

Mme G..., 32 ans.

Entrée le 30 décembre 1929.

*Toucher vaginal.* — Gros néoplasme végétant de la lèvre antérieure du col. Mobilité utérine conservée.

*Intervention* le 9 janvier 1930 (P<sup>r</sup> Villard). — Hystérectomie élargie suivant l'habituelle technique. Durée : 1 heure.

*Examen histologique.* — Epithélioma épidermoïde avec monstruosités cellulaires et mitoses anarchiques.

*Suites éloignées.* — Malade revue en janvier 1931. Se porte bien, a repris 5 kilogrammes, peut travailler. Quelques troubles de ménopause post-opératoire. Aucune trace de récurrence locale.

---



## CHAPITRE VII

---

### Résultats éloignés Etude statistique et critique

---

Les résultats post-opératoires, comme nous l'avons déjà dit, de l'hystérectomie élargie, selon la technique de M. le Professeur Villard dans le cancer du col utérin, sont très encourageants au point de vue immédiat puisque la mortalité sur 70 cas est de 7,14 %, chiffre très satisfaisant en lui-même et lorsqu'on le compare avec les autres statistiques :

Wertheim (1913) : sur 714 cas : 16,6 %.

Pollosson (1905-1908) : sur 187 cas : 16,5 %.

J.-L. Faure (1926) : sur 46 cas : 10,86 % ; sur 83 cas : 10,84 %.

Albertin (1927) : sur 250 cas : 25 % (mais statistique globale tenant compte de cas anciens).

Violet : sur 83 cas : 15,38 %.

Cobb (1920) : sur 60 cas : 11,6 % ; sur les 30 derniers : 6,66 %.

Bonney : sur 100 cas : 20 % ; sur les 50 derniers : 9 %.

W. Graves et Pemberton : sur 119 cas : 5 %.

Begouin (1930) : sur 75 cas : 8 %.

Mais une méthode opératoire ne peut véritablement être jugée que par les résultats éloignés.

Les 50 observations que nous rapportons constituent des résultats contrôlés (examen histologique, malades revues et réexaminées, etc...) et les considérations qui figurent à ce propos au début du chapitre précédent nous permettent d'affirmer que nous avons surtout cherché, sans parti-pris, quelle était la valeur éloignée de cette intervention, en nous basant uniquement sur des observations indemnes de toute critique. Avec ces restrictions, le dépouillement de notre statistique nous donne les chiffres ci-dessous, qui ne correspondent pas, sans doute, à l'espoir que nous avions en commençant ce travail, mais qui ont le mérite d'être exacts :

CAS DE PLUS DE CINQ ANS : sur nos 50 malades, 19 ont été opérées dans les années 1923, 1924, 1925 ; 9 sont en vie avec parfait état général et local, soit **47,36 %** ; 10 ont dépassé la cinquième année, soit **52,63 %** ; une est morte en octobre 1930, vraisemblablement par récurrence, cinq ans et six mois après l'intervention.

CAS DE PLUS DE TROIS ANS : sur nos 50 malades, 38 ont été opérées dans les années 1923, 1924, 1925, 1926 et 1927 ; 22 ont été revues et trouvées en parfaite santé, sans aucune trace de récurrence locale, soit **57,89 %**.

CAS DE PLUS D'UN AN : sur les 50 cas que nous rapportons, 43 étaient vivantes après la première année, donc **86 %**.

SUR 19 RÉCIDIVES, contrôlées à la Clinique Gynécologique ou par le médecin traitant ou par nous-mêmes,

5 ont évolué au cours de la première année,

9 pendant la deuxième année,

4 pendant la troisième année,

1 après cinq ans.

Chiffres qui confirment la croyance classique à ce sujet : « Pour parler de guérison dans le traitement du cancer du col, il faut au moins cinq ans de survie »

L'analyse des observations, d'autre part, ne nous paraît pas permettre de tirer un pronostic éloigné du fait des lésions rencontrées au cours de l'intervention. C'est ainsi que dans plusieurs cas, l'opération fut pénible par suite d'une dissection urétérale très difficile ; le néoplasme était végétant et infiltrait déjà le paramètre, et cependant les résultats éloignés furent bons. A l'encontre de ces cas, d'autres opérées chez lesquelles le cancer paraissait être tout au début, n'ont eu, et ceci malgré une hystérectomie très élargie et méthodique, qu'une survie minime et d'à peine un an.

L'explication de ces faits paraît résulter de plusieurs facteurs :

1° *L'âge* : le cancer du col, chez la femme jeune, revêt indéniablement, d'après nos constatations, une gravité toute particulière.

2° *L'aspect macroscopique* : les phénomènes inflammatoires se combinent à l'infiltration néoplasique et il est difficile de dire souvent, même pièces en

main, la part qui revient à l'un ou à l'autre de ces processus pathologiques.

Les gros cols néoplasiques végétants et friables, remplissant les culs-de-sac vaginaux, et largement ulcérés et infectés, contrairement à ce qu'on pourrait croire, constituent des formes à pronostic post-opératoire meilleur que le cancer infiltrant, ne se traduisant cliniquement que par une ulcération néoplasique induisant l'orifice cervical.

*L'intervention a permis l'ablation de ganglions néoplasiques* dans un nombre assez considérable de cas. Ces adénopathies n'étaient pas reconnues à l'examen clinique et, chez ces malades, la curiethérapie seule aurait pu, de ce fait, être inutile ou même dangereuse

3° Il est difficile de dégager une opinion nette des résultats comparés avec les *examens histologiques*. Cependant les épithéliomas de type ectodermique à globes cornés nous semblent comporter un pronostic particulièrement redoutable.

La curiethérapie a été employée dans plusieurs de nos observations, soit de façon pré-opératoire (Obs. III, XI, XII, XIV, XVIII) et, dans l'ensemble, elle a donné de bons résultats, soit de façon post-opératoire, surtout dans la cure des récidives locales de la tranche vaginale: selon nos cas (Obs. XV, XX, XXXVI, XLI), cette récidive locale traitée par le radium a été souvent enrayée.

Si, dans l'ensemble, nous avons obtenu les chiffres de :

47,36 % à 52,63 % après cinq ans,  
57,89 % après trois ans,  
86 % après un an,

au point de vue absolu, ces résultats ne sont pas entièrement encourageants et ne correspondent pas à l'exécution complète, théoriquement réalisée, qu'admire celui qui regarde opérer. Toutefois il est bien certain qu'en matière de cancer, il faut savoir se contenter de peu, surtout en présence du cancer du col utérin, qui est si redoutable en lui-même et malheureusement si longtemps méconnu.

Nous terminerons notre travail en rappelant les résultats obtenus par d'autres chirurgiens, en citant particulièrement les statistiques de ceux qui connaissent bien l'hystérectomie élargie ou de ceux qui ont étudié leurs résultats le plus récemment.

#### ANCIENNES STATISTIQUES :

|                                                |        |
|------------------------------------------------|--------|
| Wertheim : sur 151 cas, 88 de plus de 5 ans,   |        |
| soit .....                                     | 59 %   |
| en 1913, sur 714 cas de plus de 5 ans .....    | 42,5 % |
| en 1913, sur 186 cas de plus de 13 ans .....   | 41,3 % |
| Pollosson : cas de 2 ans .....                 | 69 %   |
| cas de 3 ans .....                             | 61 %   |
| cas de 4 ans .....                             | 35 %   |
| Janneway : sur 1.097, 386 de plus de 5 ans.    | 35,4 % |
| Mayer : sur 343, 107 de plus de 5 ans .....    | 31,1 % |
| Staude : sur 433 cas (Wertheim, Krönig,        |        |
| Zweifel) .....                                 | 42 %   |
| Graves : sur 119, de plus de 5 ans .....       | 34,2 % |
| Faure : sur 250 (1913), de plus de 5 ans ..... | 35 %   |
| Violet : sur 32, de plus de 5 ans .....        | 33 %   |
| Berkley et Bonney, de plus de 5 ans .....      | 25,4 % |
| Cullen, de plus de 5 ans .....                 | 27 %   |

|                                                                                         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Jacobson : sur 2.467 opérations faites en Europe et en Amérique, guérisons de 3 à 5 ans | 40,72 % |
| Schnidler fixe le pourcentage moyen des chirurgiens à                                   | 22 %    |

STATISTIQUES PLUS RÉCENTES :

*Cas de plus de cinq ans :*

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| Martzloff                                 | 26,6 %    |
| Albertin                                  | 28 %      |
| Giescke                                   | 35,4 %    |
| Schweitzer                                | 50,8 %    |
| Wilson, sur 84, après 13 ans              | 30,9 %    |
| Bonney, sur 192, après 13 ans             | 40,6 %    |
| Peterson, sur 47, après 13 ans            | 38,3 %    |
| Thaler (Schauta), sur 445, après 13 ans   | 34,6 %    |
| Siegel (von Jachke), sur 84, après 13 ans | 29,6 %    |
| Thorn, sur 96, après 13 ans               | 43,8 %    |
| Franz (1928), sur 296, après 5 ans        | 42 à 45 % |
| Lynch (1926), après 5 ans                 | 42 %      |
| Begouin (1930), sur 40, de 10 à 25 ans    | 50 %      |

*Cas de moins de cinq ans :*

|                                          |        |
|------------------------------------------|--------|
| Clark et Bock, sur 1.539                 | 39,5 % |
| Bonney                                   | 40 %   |
| Albertin                                 | 42,5 % |
| J.-L. Faure                              | 62,5 % |
| (1920), sur 70 malades, de plus de 3 ans | 35 %   |
| mais dans cas favorables                 | 87,5 % |
| et dans cas médiocres                    | 56 %   |

De cette comparaison, nous pouvons conclure que les chiffres que nous avons obtenus correspondent aux meilleurs résultats publiés.

## Conclusions

---

I. — La mortalité, considérable encore il y a quelques années, de l'hystérectomie élargie a constitué lors de l'apparition de la curiethérapie un des principaux arguments contre cette intervention.

II. — Les perfectionnements apportés à cette intervention ont considérablement abaissé cette mortalité. La technique suivie par M. le Pr. Villard réduit au minimum les dangers d'infection pouvant provenir de la cavité vaginale ou du col infecté.

III. — Cette technique comporte les particularités suivantes : un refoulement total et absolu des anses intestinales, une hémostase complète, faite avant la section vaginale, l'ouverture du vagin faite entre deux pinces, l'absence de suture vaginale et un drainage pelvien, recouvert d'une péritonisation haute.

IV. — La mortalité post-opératoire, d'après notre statistique, portant sur 70 opérées, n'est que de 7,14 %. Dans aucun cas, la mortalité n'a été due à une péritonite ou à une cellulite pelvienne. Les décès sont dus soit à une embolie, soit à des complications pulmonaires.

V. — Les résultats éloignés que nous avons pu contrôler (50 malades revues et examinées) donnent 47,36 % de guérisons au delà de cinq ans, et 57,89 % au delà de 3 ans.

VI. — Nous réservons cette technique de l'hystérectomie élargie au néoplasme du col au début, présentant encore une extension pelvienne limitée avec utérus mobile sans blocage du paramètre.

VII. — Les cas ne rentrant pas dans ce cadre sont justiciables de la curiethérapie, ainsi que les récidives post-opératoires, pour lesquelles d'ailleurs les résultats nous ont paru assez satisfaisants.

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| Vu :         | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE, |
| LE DOYEN,    | VILLARD.                  |
| JEAN LEPINE. |                           |

*Vu et permis d'imprimer*

Lyon, le 15 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
JOSEPH GHEUSI.

---

## Bibliographie <sup>(1)</sup>

---

- AISOPOS. — Trait. du cancer du col par l'hyst. élargie. *Th. Lyon*, 1916-17.
- ALBERTIN. — Techn. opératoire de l'opération dite de « Wertheim ». *Sté de Chir. de Lyon*, 25 nov. 1909.
- Réflexions sur 310 cas d'opérations de « Wertheim » pour cancer utérin. *Lyon chir.*, nov.-déc. 1928, p. 650.
- ALBERTIN-MARCHAND. — Contribution à l'étude du traitement du cancer du col utérin. *Th. Lyon*, 1927.
- AMANN. — Le recouvrement de l'uretère dans les curages étendus du bassin pour cancer ut. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* 1907.
- AUCLAIR. — De l'hyst. abd. totale dans le cancer de l'utérus. *Th. Paris*, 1900.
- BARNAUD. — Résultats éloignés du trait. chir. du cancer ut. Etude comparée avec Radiumthérapie. *Th. Lyon*, 1919.
- BEGOUIN. — Deux cas de mort à la suite d'application de Radium ut. *Bull. Soc. obst. et gyn. Paris*, fév. 1925.
- Cancer du col et H. E. Résultats datant de 10 à 25 ans. *Bordeaux chir.*, avril 1930.
- BELLËUF. — De l'hyst. abd. totale avec évidemment du bassin dans le trait. du cancer de l'utérus. *Th. Paris*, 1900.
- BÉRARD et SANTY. — L'hyst. après curiethérapie pour cancer du col de l'utérus. *Sté de chir. Lyon* 1<sup>er</sup> juin 1922.
- BERKELEY et BONNEY. — Cure radicale du cancer du col de l'utérus par la méthode de Wertheim. *The British med. journ.*, oct. 1908.

(1) Cette bibliographie n'envisage que les principaux travaux parus sur le « Wertheim ».

- Résultats de l'op. radicale du cancer du col de l'utérus.  
*Journal of Ob. and Gyn. of the British Empire*, sept. 1913.
- BIGEARD. — Des hyst. totales vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus. *Tb. Paris*, 1898-1899.
- BOURDSINSKY. — Etude comparée des méthodes de trait. chirurgical du cancer de l'utérus. *III<sup>e</sup> Congrès des Gyn. et Accouch. russes à Kieff*, 1909.
- BOUVIER. — Etat actuel de la thérapeutique du cancer de l'utérus. *Tb. Lyon*, 1904.
- BRIAND. — Conception actuelle sur les affections du col utérin. *Trait. Progrès méd.* 17 sept. 1927.
- BUMM. — La guérison du cancer de l'utérus. *Zeitsch. f. Krebsforschung*, 1910.
- CESBRON. — La Radiumthérapie en Angleterre. *Presse Méd.*, 25 nov. 1919.
- La Radiumthérapie aux Etats-Unis. *Presse Méd.*, 25 fév. 1920.
- CHALOT. — La transplantation systématique des deux uretères et ligature préventive des deux iliaques internes pour l'extirpation large du cancer diffus de l'utérus par l'abdomen. *Indépendance méd.*, 1896, p. 297.
- CLARK. — A more radical method of performing hysterectomy for cancer of the uterus. *Bull. of the John Hopkin's Hosp.*, 1895, t. VI, p. 120.
- *The Americ. gyn. and obst. Journ.*, t. XIII, 1897.
- Comm. à la Sté américaine de gyn. In *the Journ. of Obst. and Disease, of women and Children*, n° 4, 1912, p. 612.  
(Sur les résultats immédiats et éloignés de l'op. radic. par voie abd. du cancer du col).
- CONDAMIN. — De la curiethérapie dans les cancers utérins. *Lyon méd.*, 21 août et 1<sup>er</sup> sept. 1921.
- CONDAMIN et NOGIER. — *Lyon méd.*, août 1918.
- Congrès intern. de Méd.*, 13<sup>e</sup> Session, Paris 1900, Section de Gyn., p. 5 et suiv. — Communications diverses par Ott, Cullen, Boursier, Richelot, Bouilly, Delagénrière, J.-L. Faure, Reynier, Legueu, Calderini.

- COTTE. — Sur le trait. du cancer du col chez la femme enceinte. *Sté de Chir.* Lyon, 24 nov. 1922.
- COURMONTAGNE. — De l'hystér. abd. totale dans le trait. des cancers utérins. *Tb. Paris* 1901.
- CULLEN. — Réflex. sur l'opér. de Wertheim. *Comm. à la Sté amér. de Gyn.*, 1912.
- DANNREUTHER. — Trait. opératoire du cancer de l'utérus combiné à la Radiumthérapie. *The American Journal of Obst. and Gyn.* Mai 1925.
- DESPLAS. — Op. de Wertheim. *Journ. de Chir.*, 1922.
- DEVEZE. — Les risques de la curiethérapie dans les cancers utérins. *Soc. Obst. et Gyn. Montpellier*, 1927.
- DÆDERLEIN. — LXXVI<sup>e</sup> Réunion des naturalistes et médecins allemands, Breslau, 1904.
- Statistique sur l'hyst. pour cancer de l'utérus. XI<sup>e</sup> Congrès de la Sté allemande de Gyn, Kiel, juin 1905.
- DOMINICI et TUFFIER. — Sur les premiers cas de cancer du col traités par le radium. *Congrès de Chir. de Bruxelles*, oct. 1908.
- DOUAY. — Cancer du col utérin. Quel trait. conseiller?: opér., radium ou association? *Sté de Gyn. et Obst. Paris*, mai 1924.
- DUCUING, JACOTOT et ARDOUIN. — Sur les indications de la chir. de la curieth. et de la radioth. dans le trait. du cancer du col. *Toulouse méd.*, 15 août 1923.
- FAURE. — Traitement du cancer du col de l'utérus. XV<sup>e</sup> Congrès international des sciences méd. Lisbonne, avril 1906.
- Cure chirurgicale du cancer du col de l'utérus. *Presse méd.*, 1907, p. 137.
- Sur le trait. chir. du cancer du col. *Arch. mensuelles d'Obs. et de Gyn.*, oct. 1912.
- La guérison dans le cancer utérin. *Presse méd.*, 2 mai 1914.
- A propos du cancer du col utérin. *Bull et Mém. Soc. nat. chir. Paris*, 4 mars 1926, t. X, n<sup>o</sup> 1.
- Sur le trait. du cancer du col par l'hyst. large. *Bull. soc. chir. Paris*, 24 mars 1920, p. 502.

- Sur l'emploi systématique du drainage à la Mikulicz dans l'hyst. large pour cancer du col. *Sté de Chir. de Paris*, 24 mai 1924.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de gyn. médico-chirurgicale.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie, in traité Chir. Delbet et Schwartz.
- FRAENKEL. — Cancers du col ut. devenus opérables après irradiation. *Zentrablatt f. Gyn.*, 1926, n° 33.
- FRANKL. — Zur Beurteilung des Qualit. des Karzinommaterials. *Zentrablatt f. Gyn.*, 1922, p. 1300.
- FRANQUE. — Statistique sur l'hyster. abdom. pour cancer du col. XI<sup>e</sup> Congrès de la Sté allemande de Gyn, Kiel, juin 1905.
- FRANZ. — Technique de l'hyst. abd. pour cancer du col. *Surgery Gyn. and Obst.*, août 1926.
- FREUND. — Eine neue Methode des Exstirpation des ganzen Uterus. *Berlin, Klin. Woch.*, 1878, p. 417.
- LXXVI<sup>e</sup> Réunion des naturalistes allemands. Breslau, 1904.
- FUNKE. — Beitrag zur abdominalen Totalexstirpation. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, 1898, p. 485.
- GOSSET. — *Sté de Chir. de Paris*, 2 mai 1923.
- GOULLLOUD. — Hyst. abd. totale pour fibrome. X<sup>e</sup> Congrès franç. de chir., Paris 1896, p. 871. *Lyon méd.*, 30 août 1896.
- Technique opér. de l'opér. dite de Wertheim. *Sté Chir. Lyon*, 2 déc., 1909.
- Hyst. après applic. du radium pour cancer avancé du col. *Sté Chir. Lyon*, 12 fév. 1920.
- HACHE. — De l'hyst. vagin. pour cancer; résultats opératoires, ind., manuel opérat. *Revue des sciences méd.*, 1897, p. 724.
- HALBAN. — Hyst. abd. ou vagin. dans le cancer du col. *Zentrablatt f. Gyn.*, 15 sept. 1923.
- HARTMANN. — Discussion sur le diagn. et trait. du cancer du col au début. *Sté d'Obst., Gyn. et Pédiatrie de Paris*, janv. 1906.
- HAUCH. — Grossesse et cancer du col utérin. *Revue franç. de Gyn. et Obst.*, sept. 1927.

- HEIMONN. — Irradiation pré-opérat. du cancer utérin. *Zentralblatt f. Gyn.*, n° 14, 1926.
- JACOBS. — Ablation génito-abdom. et évidemment du bassin dans le cancer utérin. *Revue de Gyn. et Chir. abd.*, 1898, p. 3 et 1900, p. 607.
- Résultats des interventions abdom. pour cancer du col et du corps de l'utérus pendant ces 20 dernières années. *II<sup>e</sup> Congrès de la Sté intern. de Chir. Bruxelles*, sept. 1908.
- JARRIER. — Radium et chirurgie associés dans le trait. du cancer du col opérable. *Tb. Paris*, 1929.
- JAYLE. — Tech. de l'hyst. abd. pour cancer du col. *Presse méd.*, juillet 1904.
- Sur une statistique des cancers utérins traités par l'hyst. abd. *Sté de chir. Paris*, mars 1908.
- JONNESCO. — Méthode op. et résultats éloignés du trait. chir. du cancer ut., *Journ. méd. de Bruxelles*, oct. 1908.
- KELLER. — A propos du trait. du cancer du col. *Sté d'Obst. et Gyn.*, Strasbourg, janv. 1928.
- KELLY et CHANG NEEL. — Cancer du col ut. *Bull. of the John Hopkin's Hosp.*, août 1913.
- KOCHER. — 1<sup>er</sup> Congrès de la Sté internat. de chir., Bruxelles, 1905.
- KUSTNER. — LXXVI<sup>e</sup> Réunion des naturalistes et médecins allemands, Breslau, sept. 1904.
- LABRY. — De l'hystérectomie élargie dans le cancer du col utérin. (Tech. de M. le P<sup>r</sup> Villard). *Lyon chir.*, juillet-août 1930.
- LECENE. — Remarques sur la colpohystérectomie abd. pour cancer du col. *Journ. de chir.*, janv. 1910.
- MACKENRODT. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1907, n° 19.
- MARTZLOFF. — Cancer du col de l'utérus; son trait. chir.; les données essentielles à l'établissement d'un pronostic post-opératoire. *Surgery, gyn. and obst.*, août 1928.
- MAYER. — Op. de Wertheim et ses résultats. *Monatss. f. Geb. und Gyn.*, juin 1911, p. 701.
- MIGUEL MEIRA. — Trait. chir. du cancer de l'ut. Méthode de Wertheim. *Tb. Rio-de-Janeiro*, 1910.

- MONOD. — Résultats thérapeutiques obtenus dans 75 cas de cancers cervico-utérins par l'association du Ra. et de la chir. *Travaux de la clin. chir. et du centre anticancéreux de la Salpêtrière. Paris 1927, 2<sup>e</sup> série, p. 197.*
- PATEL. — Cancer du col ut. opéré, il y a 18 ans, par A. Pollosson. *Sté de chir. de Lyon, 6 mars 1924.*
- PEISER. — Anatomische und klinische Untersuchungen über den Lymphapparat des Uterus mit besonderer Berücksichtigung der Totalexstirpation bei Carcinoma Uteri. *Zeits fur Geb. und Gyn. 1898, p. 259.*
- PICCARDO. — L'opération de Wertheim dans le trait. du cancer du col utérin. *La semana medica, 11 août 1927.*
- POLLOSSON. — Réflexions sur 221 opérations de Wertheim. *Lyon chir., 1909, p. 333.*
- Hyst. abd. pour cancer du col. *Revue de gyn. chir. abd., 1905, p. 771.*
- Cancer du col propagé à la vessie et aux uretères. Ind. opéré. *Journ. de chir., 1910.*
- POZZI. — *Rev. mensuelle de gyn, d'obst. et de pédiatrie, 1911, p. 771.*
- PY. — Du cancer du col de l'ut. : cas opérables, leur trait. *Th. Paris, 1926.*
- RECASENS. — Congrès de Bruxelles, 1919.
- REGAUD. — Les fondements physio. et tech. de la radioth. des cancers. *Paris, janv. 1925.*
- Congrès de Rome, 1926.
- REGNARD. — Trait. chir. du cancer du col de l'ut. (Hyst. élargie. Quelques points de la technique du P<sup>r</sup> J.-L. Faure. Résultats). *Th. Paris, 1923.*
- RIESS. — *Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1895 et 1897.*
- *The America Jour. of Gyn. and Obst., t. XIII, 1897.*
- Diagnostic de l'opérabilité du cancer du col de l'ut. *The Journ. of Americ. med. Associat., 1911, p. 91.*
- *Rev. de chir. et gyn. 1907, p. 725.*
- ROUFFART. — Mes dernières op. pour cancer du col ut. *Sté belge de gyn et obst., déc. 1923.*

- ROUGY. — Résultats éloignés du trait. chir. de 56 cas de cancer du col ut. *Th. Lyon*, 1926.
- ROUSSY et LEROUX. — Action du Ra. au cours du cancer du col ut. *Rev. de chir.* 1912, p. 499.
- SCHAFER. — Die Statistik der Karzinomheilung mit Radium. *Arch. f. Gyn.*, 1919.
- SAMPSON. — *John Hopkin's hosp. bull.*, 1904.
- SANTORO. — Il cancro del utero. Cancer curabilis. *Naples*, 1916.
- SCHAUTA. — Etat actuel et avenir du trait. du cancer du col. *Wiener mediz. Wochensch.*, mai 1911.
- SEIDLER, LENARTOWSKI et GRABOWSKI. — De la valeur de l'irradiation pré-op. du col. *Ginekologja polska.*, avril-juin 1927.
- STEVANOVITCH. — Contribution au drainage à la Mikulicz dans les hyst. larges pour le cancer du col. *Th. Paris* 1926.
- SMITH, SMITHWICK et ROGERS. — Les cas de cancers du col traités à l'hôpital libre pour les femmes de Boston entre 1875 et 1927. *American Journ. of Obst. and Gyn.*, mai 1928.
- TIXIER. — *Discussion. Sté de chir.*, Lyon 2 déc. 1909.
- VEIT. — Valeur actuelle de l'hyst. abd. pour cancer de l'utérus. *Praktische Ergebnisse f. Geb. und Gyn.*, 1910.
- VERNE. — Contribution à l'étude des indications de la curieth. dans le cancer utérin. *Th. Lyon*, 1920.
- VILLARD. — Quelques réserves sur le trait. du cancer par le Radium. *Sté de chir. Lyon*, 27 janv. 1921. — *Lyon chir.*, 1921, p. 272.
- Obstruction intestinale et anurie par cancer utérin. Colostomie et urétérostomie. Résultat satisfaisant. *Sté de chir.* 28 fév. 1929.
- Techn. de l'hyst. élargie dans le cancer du col. *Sté de chir.*, Lyon, 16 janv. 1930. Discussion : Bérard, Gouilloud, Guilleminet, Condamin, Cotte, Tixier. *Lyon chir.*, mars-avril 1930, p. 210.
- VILLARD et MICHON. — Comment doit-on concevoir actuellement le trait. du cancer du col de l'ut.? *Lyon méd.*, 15 fév. 1925.

VIOLET. — Archives générales de méd. 1905.

— Les résultats éloignés de l'opération de Wertheim dans le cancer du col. *La Gynécologie*, déc. 1928.

WEIBEL. — 25 ans d'opérations de Wertheim dans le cancer (du col. *Arch. f. Gyn. fasc. I*, 1929.

WERNER. — L'opération de Wertheim pour le cancer du col utérin. *Surgery Gyn. and obst.*, mars 1928.

WERTHEIM. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1900, n. 26, p. 674.

— *Arch. f. Gyn.*, t. LXI, n. 3.

— *Wiener Klin. Wochensch.*, 1900, n. 48 et 50.

— *Zentralblatt f. Gyn.*, 1902, n. 10; 1903, n. 4.

— *Rev. de chir. et gyn.*, 1902, n. 5.

— *Wiener Klin. Wochensch.*, 1904, n. 42 et 43.

— *Deutsche Ges. f. Gyn. Versamml.*, 1901, 1903, 1905, 1907.

— Coup d'œil sur la pratique de l'hyst. abd. dans le cancer de l'ut. *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1906.

— *Magazine for Surg., Gyn. and Obst.*, 1907.

— Sur le cancer de l'ut. II<sup>e</sup> Congrès internat. de chir. de Bruxelles. 21-25 sept. 1908.

— Résultats de l'extirpation abd. du cancer de l'ut. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1908, p. 175.

— *Deutscher Urologenkongr. zu Berlin*, 1909.

— L'hyst. abd. élargie pour cancer du col de l'ut. d'après une statistique personnelle de 500 cas. *Monographie*, 1 vol., 1911 (*Urban et Schwartzenberg*, édit.).

— Comm. au Congrès de Londres 1913. In *Annales de gyn. et d'obst.*, sept. 1913.

WILLE. — Résultats du trait. op. du cancer du col à la clin. gyn. de la Charité dans les années 1916 à 1920. (Statistique de Franz). *Zentralblatt f. Gyn.*, 1<sup>er</sup> janv. 1927.

ZWEIFEL. — *Sté de Gyn. de Leipzig*, 9 juin 1909.

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction . . . . .                                                                                                     | 9  |
| CHAPITRE PREMIER. — Historique . . . . .                                                                                   | 11 |
| CHAPITRE II. — Hystérectomie élargie dans le cancer du<br>col utérin : Technique de M. le P <sup>r</sup> Villard . . . . . | 19 |
| CHAPITRE III. — Caractéristique de cette technique et com-<br>paraison avec les autres procédés opératoires . . . . .      | 35 |
| CHAPITRE IV. — Etendue de l'exérèse chirurgicale. Les pié-<br>ces opératoires . . . . .                                    | 39 |
| CHAPITRE V. — Résultats post-opératoires . . . . .                                                                         | 41 |
| CHAPITRE VI. — Observations et suites éloignées . . . . .                                                                  | 43 |
| CHAPITRE VII. — Résultats éloignés. Etude statistique et<br>critique . . . . .                                             | 81 |
| Conclusions . . . . .                                                                                                      | 87 |
| Bibliographie . . . . .                                                                                                    | 89 |

---





